

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, академик РАН,
д.м.н., профессор (Томск)
А.В. Голенков, д.м.н., профессор
(Чебоксары)
Ю.В. Ковалев, д.м.н., профессор
(Ижевск)
Н.А. Корнетов, д.м.н., профессор
(Томск)
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.
профессор (Москва)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)
А.В. Меринов, д.м.н., доцент
(Рязань)
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с.
(Гродно, Беларусь)
А.С. Рахимкулова, нейропсихолог
(Москва)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Н.Б. Семёнова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
А.В. Семке, д.м.н., профессор
(Томск)
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент
(Ростов-на-Дону)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
Jyrki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Marco Sacchiapone, профессор
(Италия)
William Alex Pridemore, профессор
(США)
Niko Seppälä, д.м.н. (Финляндия)
Мартин Войнар, профессор (Польша)

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций
г. Москва
Свид-во: ПИ № ФС 77-44527
от 08 апреля 2011 г.

Индекс подписки: 57986

Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- Н.Б. Семёнова, Л.В. Лаптева*
Анализ смертности от самоубийств в
Республике Алтай за период 1990-2019 годы .. 3
- Е.Г. Корнетова, В.И. Герасимова,
А.Н. Корнетов, К.Г. Языков, А.А. Гончарова,
И.А. Меднова, А.В. Семке,
С.А. Иванова, Н.А. Бохан*
Влияние когнитивных функций
на уровень суицидального риска у больных
шизофренией 13
- Е.Б. Любов, П.Б. Зотов*
Несуицидальные самоповреждения
подростков: общее и особенное. Часть II 26
- В.А. Розанов*
Самоубийства в Вооруженных силах
– суицидологический анализ 56
- К.А. Чистопольская, M.L. Rogers, E. Cao,
И. Галынкер, J. Richards, С.Н. Ениколопов,
Е.Л. Николаев, В.С. Садовнича, С.Э. Дровосеков*
Адаптация «Опросника суицидального
нарратива» на российской выборке 76
- П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, Е.Г. Скрябин,
М.А. Аксельров, Е.П. Гарагашева, А.Г. Бухна*
Суицид на железных дорогах 91
- А.В. Меринов, К.В. Полкова, О.В. Казаева*
Несистематическое употребление
наркотических веществ: его влияние
на суицидологические характеристики
юношей 107

EDITOR IN CHIEF
P.B. Zotov, MD, PhD, prof.
(Tyumen, Russia)

RESPONSIBLE SECRETARY
M.S. Umansky, MD, PhD
(Tyumen, Russia)

EDITORIAL COLLEGE

N.A. Bokhan, acad. RAS,
MD, PhD, prof. (Tomsk, Russia)

Chiyo Fujii, PhD, prof. (Japan)

A.V. Golenkov, MD, PhD, prof.
(Cheboksary, Russia)

Jyrki Korkeila, PhD, prof.
(Finland)

Y.V. Kovalev, MD, PhD, prof.
(Izhevsk, Russia)

N.A. Kornetov, MD, PhD, prof.
(Tomsk, Russia)

J.A. Kudryavtsev, MD, PhD, prof.
(Moscow, Russia)

E.B. Lyubov, MD, PhD, prof.
(Moscow, Russia)

Ilkka Henrik Mäkinen, PhD, prof.
(Sweden)

A.V. Merinov, MD, PhD
(Ryazan, Russia)

N.G. Neznanov, MD, PhD, prof.
(St. Petersburg, Russia)

B.S. Polozhy, MD, PhD, prof.
(Moscow, Russia)

William Alex Pridemore, PhD, prof.
(USA)

Y.E. Razvodovsky, MD, PhD
(Grodno, Belarus)

A.S. Rakhimkulova
(Moscow, Russia)

K.Y. Retiunsky, MD, PhD, prof.
(Ekaterinburg, Russia)

V.A. Rozanov, MD, PhD, prof.
(St. Petersburg, Russia)

Marco Sarchiapone, MD, prof.
(Italy)

N.B. Semenova, MD, PhD
(Krasnoyarsk, Russia)

A.V. Semke, MD, PhD, prof.
(Tomsk, Russia)

Niko Seppälä, MD, PhD (Finland)

V.A. Soldatkin, PhD
(Rostov-on-Don, Russia)

Marcin Wojnar, MD, PhD, prof.
(Poland)

V.L. Yuldashev, MD, PhD, prof.
(Ufa, Russia)

Журнал «Суицидология»
включен в:

- 1) Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)
- 2) международную систему цитирования Web of Science (ESCI)
- 3) EBSCO Publishing

Учредитель и издатель:
ООО «М-центр», 625007,
Тюмень, ул. Д.Бедного, 98-3-74

Адрес редакции:
625027, г. Тюмень,
ул. Минская, 67, корп. 1, офис 101

Адрес для переписки:
625041, г. Тюмень, а/я 4600

Телефон: (3452) 73-27-45
E-mail: note72@yandex.ru

ISSN 2224-1264

Информация для авторов 115

Contents

N.B. Semenova, L.V. Lapteva
Analysis of mortality from suicide in the Republic of Altai for the period of 1990-2019 3

E.G. Kornetova, V.I. Gerasimova, A.N. Kornetov, K.G. Yazykov, A.A. Goncharov, I.A. Mednova, A.V. Semke, S.A. Ivanova, N.A. Bokhan
Influence of cognitive functions on the level of suicide risk in patients with schizophrenia 13

E.B. Lyubov, P.B. Zotov
Adolescents non-suicidal self-injury: general and particular. Part II 26

V.A. Rozanov
Suicides in the Armed forces – a suicidological analysis ...56

K.A. Chistopolskaya, M.L. Rogers, E. Cao, I. Galynker, J. Richards, S.N. Enikolopov, E.L. Nikolaev, V.S. Sadovnichaya, S.E. Drovosekov
Adaptation of the Suicidal Narrative Inventory in a Russian sample 76

P.B. Zotov, E.B. Lyubov, E.G. Skryabin, M.A. Akselrov, E.P. Garagasheva, A.G. Buhna
Railway suicide 91

A.V. Merinov, K.V. Polkova, O.V. Kazaeva
Non-systematic use of narcotic substances: its influence on the suicidological characteristics of young males 107

Information 115

Сайт журнала: <https://суицидология.рф/>
Интернет-ресурсы: [www.elibrary.ru,](http://www.elibrary.ru/) www.medpsy.ru
<http://cyberleninka.ru/journal/n/suicidology> <https://readera.ru/suicidology>
<http://globalf5.com/Zhurnaly/Psihologiya-i-pedagogika/suicidology/>

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.

Заказ № 247. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 30.12.2020 г. Цена свободная

Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, ул. Володарского, д. 45, телефон: (3452) 46-90-03

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ САМОУБИЙСТВ В РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ ЗА ПЕРИОД 1990-2019 ГОДЫ

Н.Б. Семёнова, Л.В. Лаптева

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск, Россия

ANALYSIS OF MORTALITY FROM SUICIDE IN THE REPUBLIC OF ALTAI FOR THE PERIOD OF 1990-2019

N.B. Semenova, Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences,
L.V. Lapteva, Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia

Информация об авторах:

Семёнова Надежда Борисовна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 8340–6208; Web of Science Researcher ID: M-5846–2019; ORCID iD: 0000-0002-6120-7860). Место работы и должность: главный научный сотрудник ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера. Адрес: Россия, 660036, г. Красноярск, Академгородок, 50. Телефон: +7 (913) 539–86–02, электронный адрес: snb237@gmail.com

Лаптева Людмила Владимировна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 9281–2833; Web of Science Researcher ID: ABB-5600–2020; ORCID iD: 0000-0003-0898-7201). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера. Адрес: Россия, 660036, г. Красноярск, Академгородок, 50. Электронный адрес: yara3011@yandex.ru

Information about the authors:

Semenova Nadezhda Borisovna – MD, PhD (SPIN-code: 8340–6208; Web of Science Researcher ID: M-5846–2019; ORCID iD: 0000-0002-6120-7860). Job Title: Head Scientific Worker of Federal Research Centre «Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences», Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia. Postal Address: Akademgorodok, 50, Krasnoyarsk, 660036, Russia. Phone number +7 (913) 539-86-02, email: snb237@gmail.com

Lapteva Liudmila Vladimirovna – MD, PhD (SPIN-code: 9281–2833; Web of Science Researcher ID: ABB-5600–2020; ORCID iD: 0000-0003-0898-7201). Job Title: Scientific Worker of Federal Research Centre «Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences, Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia. Postal Address: Akademgorodok, 50, Krasnoyarsk, 660036, Russia. Email: yara3011@yandex.ru

За последние годы в Российской Федерации (РФ) произошло значительное снижение смертности от самоубийств, однако проблема не теряет своей актуальности, вследствие неблагоприятной ситуации в регионах. К таким регионам относится Республика Алтай (РА), где смертность от самоубийств превышает общероссийские показатели в три раза. Цель исследования: проанализировать динамику смертности населения от самоубийств в РА за период с 1990 по 2019 гг., сравнить с аналогичными показателями по РФ, выявить региональную специфику показателей. Материал и методы. Данные о смертности населения получены из международной и Российской баз данных демографических показателей. Показатели по отдельным регионам идентифицированы в соответствии с кодом субъекта РФ. Анализ причин смерти оценивался по значению соответствующего кода причин смерти, обозначенного в краткой советской номенклатуре, основанной на ICD9, и краткой российской номенклатуре причин смерти, основанной на ICD10. Динамика смертности от самоубийств анализировалась по показателям, стандартизированным на 100000 населения. Анализ возрастных особенностей смертности проведен по показателям частоты самоубийств, стандартизированным по возрасту. Анализ гендерных различий в разных возрастных группах проведен по показателям частоты самоубийств, стандартизированным по полу и возрасту. Отдельно оценивалась динамика смертности от самоубийств у детей 10-14 лет, подростков 15-19 лет и молодежи 20-24 лет в РА в показателях, стандартизованных по полу и возрасту. Результаты исследования. В РА, как и в целом по РФ, начиная с 1990 г. наблюдался рост уровня суицида, однако на Алтае он происходил более длительное время, в течение 13 лет. На протяжении всего периода показатели самоубийств в РА стабильно превышали общероссийские значения в 1,5-3 раза, разрыв показателей к 2019 году увеличился в 2 раза, по сравнению с 1990 годом. Кривая смертности населения от самоубийств в РА имеет флуктуирующий характер со спонтанными пиками, как в периоды роста, так и в периоды спада, в отличие от кривой в РФ, имеющей вид «плато». Среди подростков и молодежи РА динамика

смертности от суицида крайне нестабильна, а кривая смертности имеет многочисленные флуктуации, с пиками в 1998, 2001, 2011 и 2014 годах во всех возрастных группах. На сегодняшний день, по сравнению с 1990 годом, в возрастной группе 20-24 лет уровень суицида снизился незначительно, а среди подростков 15-19 лет отмечается рост показателей в 4 раза. Выводы. В РА смертность населения от самоубийств за период с 1990 по 2019 гг. стабильно превышает общероссийские показатели, к 2019 году разрыв показателей увеличился в 2 раза. У детей и подростков РА, смертность от самоубийств превышает общероссийские показатели от 7,9 до 9,3 раз. Кривая смертности от самоубийств носит флуктуирующий характер во всех возрастных группах, что мы связываем с кластеризацией самоубийств. Данный феномен требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: эпидемиология, суицид, суицидальный кластер, коренные народы

Смертность населения от самоубийств является одной из актуальных проблем общественного здравоохранения во многих странах мира [1]. За последние годы в Российской Федерации (РФ) произошло значительное снижение смертности от самоубийств. По сравнению с 1994 годом, когда регистрировался самый высокий показатель (42,1 на 100 тыс.), на сегодняшний день он уменьшился более чем в 3 раза и составляет 11,7 на 100 тыс. [2, 3]. Несмотря на положительную динамику, проблема не теряет своей актуальности, что объясняется большим разбросом показателей в регионах [4]. Так, в ряде национальных субъектов РФ показатель суицида превышает среднероссийские значения в два и более раз [5, 6]. В России до сих пор не существует общенациональной стратегии по превенции самоубийств, хотя в ряде субъектов проводятся отдельные профилактические мероприятия на региональном уровне [7].

Республика Алтай (РА) относится к национальным субъектам РФ с неблагоприятной суицидальной обстановкой, где смертность от самоубийств превышает общероссийские показатели в три раза [7]. Особо настораживает высокий уровень суицида среди детей и подростков [5, 6]. Для решения вышеназванных проблем в Республике разработан ряд направлений по превенции самоубийств среди несовершеннолетних [8-10]. Большинство профилактических мероприятий утверждены приказами Министерства образования и проводятся в общеобразовательных учреждениях. Межведомственный подход к превенции самоубийств, с участием других ведомств в том числе, Министерства здравоохранения, отсутствует. Между тем, региональные стратегии, разработанные с учетом территориальных особенностей, могли бы стать одним из эффективных способов профилактики суицида.

Цель исследования: проанализировать динамику смертности населения от самоубийств в Республике Алтай за период с 1990 по 2019 гг., сравнить с аналогичными показателями по Российской Федерации, выявить региональную специфику показателей.

Материал и методы.

Данные о смертности населения были получены из международной [2] и Российской [5, 6] баз данных демографических показателей с соблюдением усло-

Suicide mortality is one of the pressing public health problems in many countries of the world [1]. In recent years, the Russian Federation (RF) has experienced a significant decrease in mortality from suicide. Compared to 1994, when the highest rate was registered (42.1 per 100 thousand), today it has decreased more than 3 times and is now 11.7 per 100 thousand [2, 3]. Despite the positive dynamics, the problem does not lose its relevance, which is explained by the wide spread of indicators in the regions [4]. Thus, in a number of national subjects of the Russian Federation, the suicide rate exceeds the national average values by two or more times [5, 6]. In Russia, there is still no national strategy for suicide prevention, although in a number of subjects there are separate preventive measures implemented at the regional level [7].

The Republic of Altai (RA) belongs to the national subjects of the Russian Federation where suicidal situation is unfavorable as the death rate from suicide exceeds the national rates by three times [7]. The high level of suicide among children and adolescents is especially alarming [5, 6]. To solve the above problems in the Republic, a number of directions have been developed for the prevention of suicides among minors [8-10]. Most of the preventive measures are approved by orders of the Ministry of Education and are carried out in general educational institutions. There is no inter-agency approach to suicide prevention involving other agencies, including the Ministry of Health. Meanwhile, regional strategies, developed taking into account territorial characteristics, could become one of the most effective ways to prevent suicide.

Aim of the study.

We aim to analyze the dynamics of mortality from suicide in the RA for the period from 1990 to 2019, compare with similar indicators in the RF, and identify the regional specifics of indicators.

Material and methods.

Data on population mortality were obtained from the international [2] and Russian national [5, 6] databases of demographic indicators in compliance with the terms of the user agreement [11]. Indicators for individual regions are identified in accordance with the code of the

вий пользовательского соглашения [11]. Показатели по отдельным регионам идентифицированы в соответствии с кодом субъекта Российской Федерации, определенного административно-территориальным делением в период 1989-2012 гг. [12, 13], в том числе, для РА, код территории 1184. Анализ причин смерти оценивался по значению соответствующего кода причин смерти, обозначенного в краткой советской номенклатуре, основанной на ICD9 [14], и краткой российской номенклатуре причин смерти, основанной на ICD10 [15]. В базе данных за 1989-1998 годы оценивались значения кодов 173 («самоубийства и самоповреждения»), что соответствовало входящим кодам 950-959 («suicide and self-inflicted injury») ICD9 [14]. В базе данных за 1999-2010 г. оценивались значения кодов 249 («преднамеренные самоповреждения, включая самоубийство»), что соответствовало входящим кодам X60-X84 («suicide and self-inflicted injury») классификации ICD10. В базе данных за 2011-2019 гг. оценивались значения кодов 284 («другие преднамеренные самоповреждения, включая самоубийство»), что соответствовало входящим кодам X60-X64, X66-X84 («other intentional self-harm») классификации ICD10 [15].

Динамика смертности от самоубийств в РА анализировалась в сравнении с показателями РФ за период 1990 - 2019 годы по показателям, стандартизированным на 100000 населения. Анализ возрастных особенностей смертности от самоубийств в РА проведен по показателям частоты самоубийств, стандартизированным по возрасту. Анализ гендерных различий в разных возрастных группах проведен по показателям частоты самоубийств, стандартизированным по полу и возрасту.

subject of the Russian Federation, determined by the administrative-territorial division in the period 1989-2012. [12, 13], including, territory code 1184 for RA. The analysis of causes of death was assessed by the value of the corresponding code of causes of death indicated in the concise Soviet nomenclature based on ICD9 [14] and the concise Russian nomenclature of causes of death based on ICD10 [15]. In the database for 1989-1998, the values of codes 173 ("suicide and self-harm") were estimated, which corresponded to the incoming codes 950-959 ("suicide and self-inflicted injury") in ICD9 [14]. In the database for 1999-2010, the values of codes 249 ("deliberate self-harm, including suicide") were assessed, which corresponded to incoming codes X60-X84 ("suicide and self-inflicted injury") of the ICD10 classification. In the database for 2011-2019 the values of codes 284 ("other intentional self-harm, including suicide") were evaluated, which corresponded to the incoming codes X60-X64, X66-X84 ("other intentional self-harm") of the ICD10 classification [15].

The dynamics of mortality from suicide in the RA was analyzed in comparison with the indicators of the Russian Federation for the period 1990-2019 according to indicators standardized per 100,000 population. The analysis of age-specific characteristics of mortality from suicide in RA was carried out according to the indicators of the frequency of suicides, standardized by age. The analysis of gender differences in different age groups was carried out in terms of the rates of suicide, standardized by sex and age.

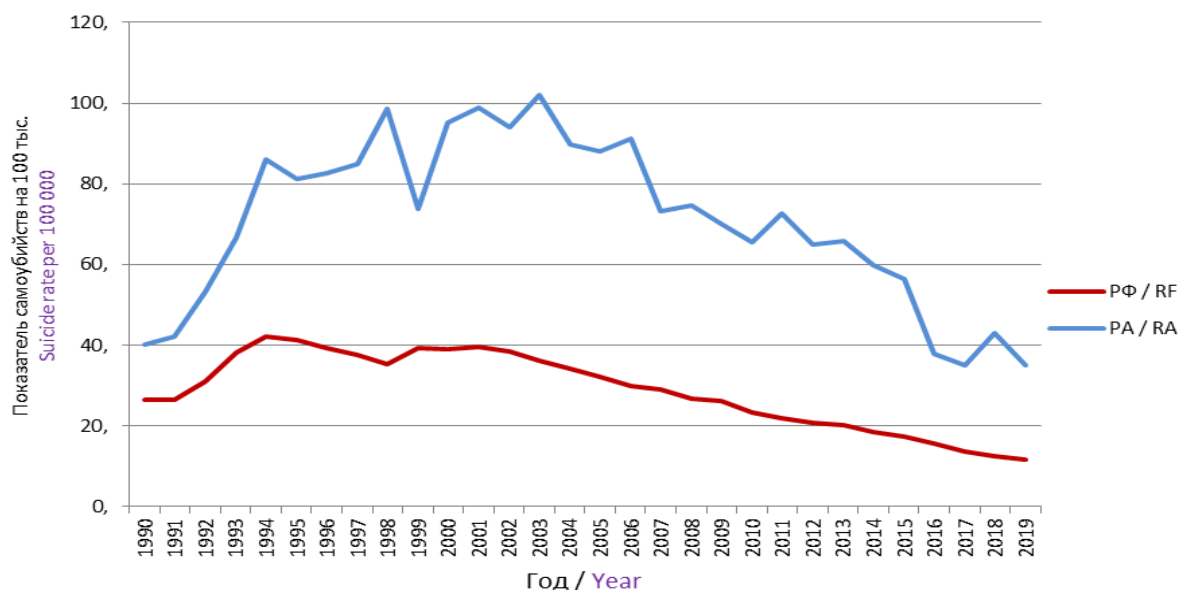


Рис. 1 / Fig. 1. Динамика смертности от самоубийств в показателях, стандартизированных на 100 000, оба пола, РФ и Республика Алтай, 1990-2019 гг. / Dynamics of mortality from suicide in terms of standardized per 100,000, both sexes, RF and Altai Republic, 1990-2019.

Отдельно оценивалась динамика смертности от самоубийств у детей 10-14 лет, подростков 15-19 лет и молодёжи 20-24 лет в РА в показателях, стандартизованных по полу и возрасту.

Результаты исследования.

Динамика смертности населения от самоубийств в Республике Алтай за период с 1990 по 2019 годы представлена на рисунке 1.

Как видно из рисунка, уровень самоубийств в РА имеет неравномерный характер, с наибольшим значением в 2003 г. (102,1 на 100 тыс.) и наименьшим – в 2017 г. (34,9). Анализ динамики самоубийств выявляет рост показателей, начиная с 1990 г. (40,1 на 100 тыс.), с пиком в 2003 г. (102,1 на 100 тыс.) и постепенным спадом, вплоть до 2019 г., когда показатель составил 35,1 на 100000 населения.

Динамика смертности от самоубийств в РА отражает общероссийские тенденции с ростом и постепенным спадом. Однако в отличие от показателей по России, где рост смертности населения от самоубийств происходил в течение четырёх лет (с 1990 по 1994 гг.), на Алтае подъём смертности наблюдался более длительное время (с 1990 по 2003 гг.). Другой отличительной особенностью является сама кривая смертности, которая в среднем по России имеет вид «плато» (или «подъём – спад»), а на Алтае – флуктуирующий характер, со спонтанными пиками как в периоды роста (1994 г. – 86,0; 1998 г. – 98,5; 2001 г. – 99,0), так и в периоды спада (2006 г. – 91,2; 2011 г. – 72,8; 2018 г. – 43,0 на 100 тыс.).

При сравнении уровня смертности от самоубийств в РА с данными, полученными в целом по РФ, выявлено, что показатели на Алтае стабильно превышают показатели по России. При этом к 2019 году разрыв показателей увеличился. Если в 1990 году смертность от суицида в РА превышала средние значения по РФ в 1,5 раза (РА – 40,1; РФ – 26,5 на 100 тыс.), то в 2019 году превышение составило три раза (РА – 35,1; РФ – 11,7 на 100 тыс.), несмотря на снижение уровня самоубийств в целом.

В РА самоубийства чаще всего совершаются в пожилом и старческом возрастах – 75-79 лет. Такая же тенденция отмечается и в целом по России, где наиболее уязвимыми возрастными группами являются пожилые люди 85 лет и старше (рис. 2).

Отличительной особенностью смертности от самоубийств на Алтае является высокий уровень суицида в более молодых возрастных группах, в том числе, среди молодёжи в возрасте 20-24 лет и людей зрелого возраста (30-34 и 45-49 лет). Это придаёт характерный вид возрастной кривой смертности.

Анализ гендерных различий в РА показал, что на Алтае мужчины совершают самоубийства чаще, чем женщины, от 6-9 раз и более (рис. 3).

Separately, the dynamics of mortality from suicide in children aged 10-14, adolescents aged 15-19, and youth aged 20-24 in RA was assessed in terms of sex and age standardized indicators.

Research results.

The dynamics of mortality from suicide in the Altai Republic for the period from 1990 to 2019 is depicted in Figure 1.

As can be seen from the figure, the suicide rate in RA is uneven, with the highest indicators in 2003 (102.1 per 100 thousand) and the lowest in 2017 (34.9). An analysis of the dynamics of suicides reveals an increase in indicators starting from 1990 (40.1 per 100 thousand), with a peak in 2003 (102.1 per 100 thousand) and a gradual decline until 2019, when the indicator reached 35.1 per 100,000 population. The dynamics of mortality from suicide in RA reflects the general Russian tendencies with growth and gradual decline. However, in contrast to the indicators for Russia, where the increase in mortality from suicide took place over four years (from 1990 to 1994), in Altai, the rise in mortality was observed for a longer time (from 1990 to 2003). Another distinctive feature is the mortality curve itself which on average in Russia looks like a "plateau" (or "rise - decline"), and in Altai it has a fluctuating character, with spontaneous peaks both during periods of growth (1994 – 86.0; 1998 – 98.5; 2001 - 99.0) and during periods of recession (2006 – 91.2; 2011 – 72.8; 2018 – 43.0 per 100 thousand). When comparing the mortality rate from suicides in RA with the data obtained in the Russian Federation in general, it was revealed that the indicators in Altai consistently exceed those of Russian. At the same time, by 2019, the gap between indicators increased even more. If in 1990 the death rate from suicide in RA exceeded the average values for the RF by 1.5 times (RA – 40.1; RF – 26.5 per 100 thousand), in 2019 the excess was three times (RA – 35, 1; RF – 11.7 per 100 thousand) despite the decrease in the suicide rate in general. In RA, suicides are most often committed in the elderly and senile age of 75-79 years. The same trend is observed in Russia in general, where the most vulnerable age groups are elderly people 85 years and older (Fig. 2).

A distinctive feature of mortality from suicide in Altai is a high level of suicide in younger age groups, including among young people aged 20-24 and people of mature age (30-34 and 45-49 years). This gives the characteristic appearance of the mortality age curve.

Analysis of gender differences in RA showed that in Altai men commit suicide 6-9 times and more often than women (Fig. 3).

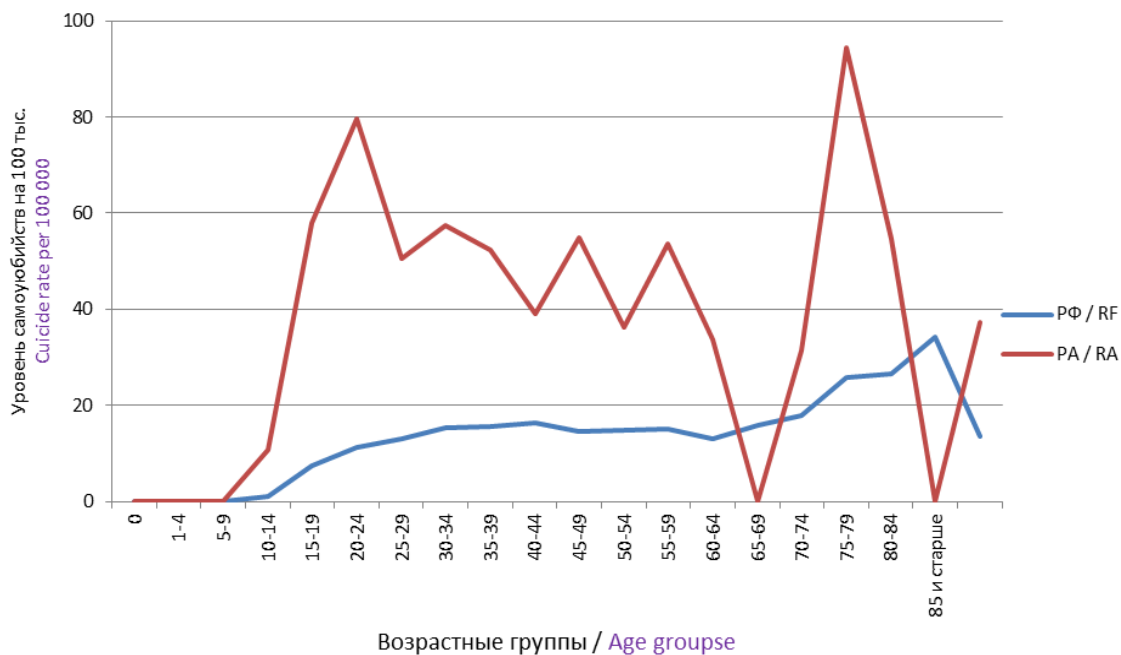


Рис. 2 / Fig. 2. Стандартизированные по возрасту показатели частоты самоубийств (на 100000 населения), оба пола, РФ и Республика Алтай, 2019 г. / Age-standardized suicide rates (per 100,000 population), both genders, RF and Altai Republic, 2019.

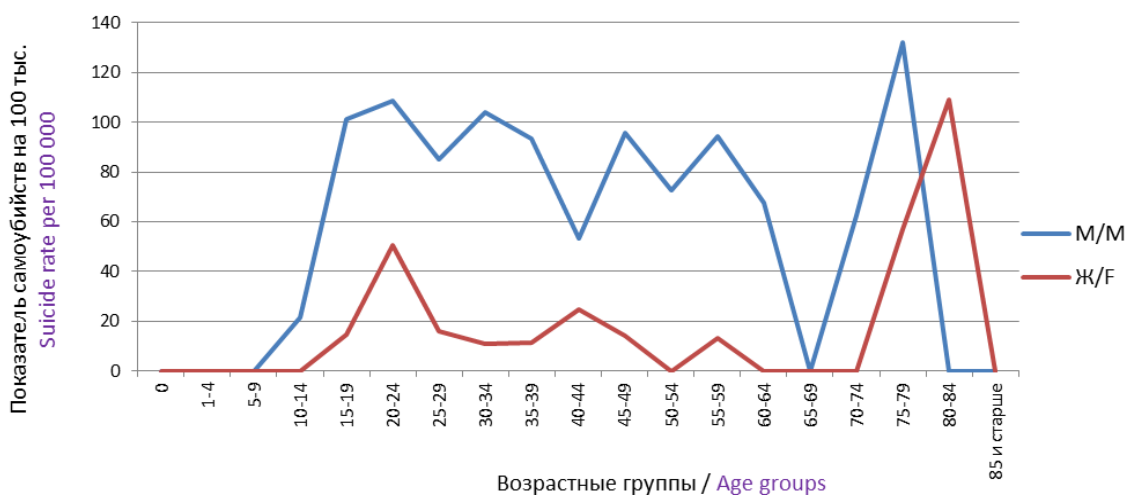


Рис. 3 / Fig. 3. Соотношение мужчины / женщины между значениями стандартизированных по возрасту и полу показателями частоты самоубийств, Республика Алтай, 2019 г. / Male/female ratio between the values of age-standardized and sex-standardized suicide rates, Altai Republic, 2019.

Исключение составляют возрастные группы 20-24 года, 40-44 года и пожилой возраст – 75 лет и старше, когда гендерный разрыв минимален, а частота самоубийств среди мужчин превышает аналогичный показатель среди женщин в два раза.

Наиболее уязвимыми группами являются дети и подростки. В Республике Алтай уровень суицида среди детей и подростков в возрасте 10-14 лет превышает общероссийские показатели в 9,3 раза (РА – 10,6; РФ – 1,1); среди подростков в возрасте 15-19 лет – в 7,9 раз (РА – 58; РФ – 7,3; среди молодежи 20-24 лет – в 7,1 раза (РА – 79,7; РФ – 11,3 на 100 тыс.).

The exception is the age groups 20-24, 40-44 and 75 years and older, when the gender gap is minimal, and the frequency of suicides among men is only twice as high as among women.

The most vulnerable groups are children and adolescents. In RA, the suicide rate among children and adolescents aged 10-14 exceeds the national indicators by 9.3 times (RA – 10.6; RF – 1.1 per 100 thousand); among adolescents aged 15-19 it is 7.9 times higher (RA – 58; RF – 7.3 per 100 thousand); among young people aged 20-24 it is 7.1 times higher (RA – 79.7; RF – 11.3 per 100 thousand).

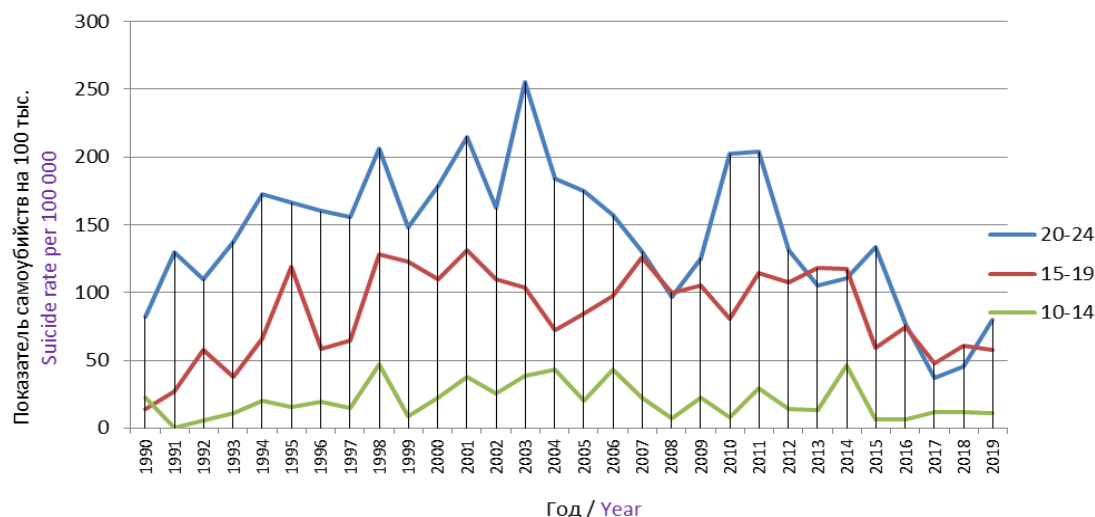


Рис. 4 / Fig. 4. Динамика смертности от самоубийств у подростков и молодежи в Республике Алтай в показателях, стандартизованных по возрасту (на 100 000 населения), оба пола, 1990 – 2019 гг. / Dynamics of mortality from suicide among adolescents and young people in the Altai Republic in terms of age standardized indicators (per 100,000 population), both sexes, 1990 – 2019.

Динамика смертности от самоубийств у подростков и молодёжи, проживающих в РА, за период 1990-2019 гг. представлена на рисунке 4.

Из представленных данных видно, что динамика смертности от самоубийств у подростков и молодёжи в период с 1990 по 2019 гг. имеет крайне неравномерный вид, а кривая носит флуктуирующий характер с многочисленными пиками. При этом в 1998, 2001, 2011 и 2014 годах выявлены флуктуации во всех возрастных группах.

Наиболее высокие показатели смертности от самоубийств регистрируются в возрастной группе 20-24 лет. В 1990 г. уровень суицида в данной возрастной группе составлял 82,5 на 100 тыс., пики регистрировались в 1994, 1998, 2001, 2003, 2010-2011 и 2015 годах (табл. 1).

На сегодняшний день ситуация остаётся нестабильной, подтверждением чего служит новый скачок смертности в 2019 году, последовавший за 2017 годом. Если рассматривать кривую смертности в начале и в конце заданного отрезка, то видно, что существенного улучшения ситуации не произошло: уровень суицида, по сравнению с 1990 годом, снизился незначительно – с 82,5 (в 1990 г.) до 79,7 на 100 тыс. (в 2019 г.).

Динамика смертности от самоубийств среди подростков 15-19 лет также нестабильна. В 1990 г. уровень суицида в данной возрастной группе составлял 14,4 на 100 тыс., наибольший подъём регистрировался в 1995, 1998-2001, 2007-2014 годах. При сравнении показателей в начале и в конце кривой, можно констатировать отрицательную динамику в виде роста уровня суицида в 4 раза: с 14,4 (в 1990 г.) до 58 (в 2019 г.).

The dynamics of mortality from suicide among adolescents and young people living in RA for the period 1990-2019 is presented in Figure 4.

The presented data show that the dynamics of mortality from suicide in adolescents and young people in the period from 1990 to 2019 is extremely uneven, and the curve is fluctuating with numerous peaks. Moreover, in 1998, 2001, 2011 and 2014, there were fluctuations observed in all age groups.

The highest mortality rates from suicide are recorded in the 20-24 age group. In 1990, the suicide rate in this age group was 82.5 per 100 thousand, peaks were recorded in 1994, 1998, 2001, 2003, 2010-2011 and 2015 (Table 1).

To date, the situation remains unstable, as evidenced by a new jump in mortality in 2019 that followed the one of 2017. If we consider the mortality curve at the beginning and at the end of the given interval, it can be seen that there was no significant improvement in the situation: the suicide rate, compared to 1990, decreased slightly from 82.5 (in 1990) to 79.7 per 100 thousand (in 2019).

The dynamics of mortality from suicide among adolescents aged 15-19 is also unstable. In 1990, the suicide rate in this age group equaled 14.4 per 100 thousand, the highest rise was recorded in 1995, 1998-2001, 2007-2014. When comparing the indicators at the beginning and at the end of the curve, one can verify the negative dynamics in the form of a 4-fold increase in the suicide rate – from 14.4 (in 1990) to 58 (in 2019).

Таблица 1 / Table 1

Динамика смертности от самоубийств у детей, подростков и молодежи Республики Алтай в показателях, стандартизованных по полу и возрасту (на 100 000 населения), 1990-2019 гг.

The dynamics of mortality from suicide in children, adolescents and youth in the Altai Republic in terms of sex and age standardized (per 100,000 population), 1990-2019

Годы Year	10 – 14 лет / years			15 – 19 лет / years			20 – 24 года / years		
	М / М	Ж / F	Оба пола Both sexes	М / М	Ж / F	Оба пола Both sexes	М / М	Ж / F	Оба пола Both sexes
1990	45,4	0	22,7	28,8	0	14,4	150,3	14,7	82,5
1991	0	0	0	53,4	0	26,7	217,5	42,4	129,9
1992	11,0	0	5,5	77,4	37,8	57,6	176,3	43,3	109,8
1993	21,4	0	10,7	63,5	11,9	37,7	244,7	30,0	137,3
1994	30,5	10,4	20,4	85,7	46,5	66,1	330,5	14,9	172,7
1995	10,1	20,3	15,2	145,5	92,4	118,9	276,0	56,6	166,3
1996	39,5	0	19,7	59,7	57,4	58,55	279,7	40,6	160,1
1997	9,5	19,4	14,4	94,7	33,8	64,25	285,7	25,8	155,7
1998	56,4	38,1	47,3	190,0	65,6	127,8	350,8	61,5	206,1
1999	18	0	9	149,5	96,3	122,9	187,7	108,2	147,9
2000	44,8	0	22,4	113,7	105,6	109,6	309,7	47,8	178,7
2001	55,4	19,4	37,4	211,4	51,6	131,5	358,7	71,1	214,9
2002	19,7	30,6	25,1	158,5	60,4	109,4	325,1	0	162,5
2003	65,3	11,1	38,2	138,5	69,4	103,9	453,1	57,1	255,1
2004	24,6	61,0	42,8	96,0	49,2	72,6	345,8	22,5	184,1
2005	27,2	13,2	20,2	99,3	70,2	84,75	272,3	77,5	174,9
2006	86,3	0	43,2	185,1	10,5	97,8	259,7	54,1	156,9
2007	29,6	14,8	22,2	184,2	67,3	125,7	176,1	84,6	130,3
2008	14,8	0	7,4	138,0	61,9	99,9	141,3	52,2	96,7
2009	29,6	15	22,3	168,8	41,8	105,3	218,7	31,8	125,2
2010	1,4	15,1	8,2	131,4	30,1	80,7	348,4	55,7	202,1
2011	43,3	15,1	29,2	149,3	78,7	114	299,6	108,1	203,8
2012	28,0	0	14	100,5	114,5	107,5	209,4	53,1	131,2
2013	27,1	0	13,5	169,7	66,1	117,9	120,4	89,9	105,1
2014	78,3	13,7	46	118,7	115,9	117,3	171,1	49,8	110,4
2015	0	13	6,5	67,7	50,4	59,1	197,9	69,2	133,5
2016	12,1	0	6,05	99,2	50,0	74,6	135,9	17,5	76,7
2017	23,5	0	11,7	63,2	32,2	47,7	74,2	0	37,1
2018	11,2	11,6	11,4	90,9	30,9	60,9	91,1	0	45,5
2019	21,3	0	10,6	101,4	14,6	58	108,8	50,7	79,7

Среди подростков 10-14 лет ситуация выглядит лучше, по сравнению с другими группами, однако далека от благополучной. Пики регистрировались в 1998, 2004, 2006 и 2014 годах, во время которых показатель смертности от самоубийств в данной возрастной группе составлял выше 40 на 100 тыс.

Анализ этнической принадлежности молодых людей, совершивших законченный суицид в период с 2016 по 2020 год, показал, что большинство суицидентов (90%) были коренными алтайцами.

Обсуждение.

Наше исследование показало, что в РА, как и в целом по РФ, начиная с 1990 г., наблюдался рост уровня суицида, однако на Алтае он происходил более длительное время, в течение 13 лет, в отличие от общероссийских тенденций, демонстрирующих четырёхлетний подъём с последующим снижением. На протяжении всего периода показатели самоубийств в РА стабильно

Among children aged 10-14 the situation looks better in comparison with other groups, however, it is far from being good. The peaks were recorded in 1998, 2004, 2006 and 2014, during which the death rate from suicide in this age group was above 40 per 100 thousand.

An analysis of the ethnicity of young people who committed complete suicide between 2016 and 2020 showed that the majority of suicides (90%) were indigenous Altaians.

Discussion.

Our study showed that in RA, as well as in the RF as a whole, there was an increase in the level of suicide since 1990, but in Altai it lasted for a longer time – over 13 years, in contrast to the all-Russian tendencies showing a four-year rise followed by a decline. Throughout the entire period, the suicide rates in RA have consistently exceeded the all-

превышали общероссийские значения, и, несмотря на снижение смертности от самоубийств, разрыв показателей к 2019 году увеличился в 2 раза, по сравнению с 1990 годом. Кривая смертности в Республике Алтай имеет флуктуирующий характер со спонтанными пиками, как в периоды роста, так и в периоды спада, в отличие от кривой в РФ, имеющей вид «плато».

При анализе динамики смертности от самоубийств среди подростков и молодежи выявлено, что в Республике Алтай динамика самоубийств крайне нестабильна и за анализируемый период времени существенного улучшения не произошло. На сегодняшний день, по сравнению с 1990 годом, в возрастной группе 20-24 лет уровень суицида снизился незначительно, а среди подростков 15-19 лет отмечается отрицательная динамика в виде роста показателей в 4 раза. Кривая смертности от самоубийств имеет многочисленные флуктуации, с пиками в 1998, 2001, 2011 и 2014 годах во всех возрастных группах.

Неравномерную динамику смертности населения от самоубийств, флуктуацию показателей с отчётливыми пиками мы связываем с кластеризацией самоубийств. Кластеризация самоубийств, или суицидальный кластер – это группы последовательно совершаемых самоубийств, ограниченных пространственно-временными рамками, которые встречаются в определённых сообществах и институциональных условиях (психиатрические больницы, школы, тюрьмы, военные гарнизоны, отделения для несовершеннолетних правонарушителей), что подтверждает социальную природу его возникновения [16].

Зарубежными исследованиями показано, что кластеризация самоубийств может наблюдаться на определённой территории, особенно в местах проживания коренных популяций [17-20]. Представители коренных популяций, в отличие от европеоидов, чаще совершают кластерные самоубийства, и это характерно не только для молодых людей, но и для взрослых. Риск самоубийства в суицидальном кластере в 2,1 раза выше, чем в районах за его пределами [21]. В сообществах коренных народов около половины случаев детско-подросткового суицида приходится на внутрисемейные кластеры [22]. Кластеризация самоубийств оказывает значительное негативное влияние на все сообщество, повышает социально-психологическое напряжение и таким образом повышает риск суицида [23]. Понимание территориального распределения кластера, распознавание его предикторов и прогнозирование появления является важным направлением в области профилактики самоубийств среди коренных популяций [24, 25].

Выводы.

Анализ смертности населения от самоубийств в РА за период с 1990 по 2019 гг. выявил высокий уровень суицида, превышающий общероссийские показатели в 1,5-3 раза. К 2019 году разрыв показателей увеличился в 2 раза, по сравнению с 1990 годом. Среди детей и подростков, проживающих в РА, смертность от само-

Russian values, and despite the decrease in suicide mortality, the gap in indicators by 2019 has doubled compared to 1990. The mortality curve in the Altai Republic has a fluctuating character with spontaneous peaks, both during periods of growth and during periods of decline, in contrast to the curve in the Russian Federation, which is more "plateau" like.

When analyzing the dynamics of mortality from suicides among adolescents and young people, it was revealed that in the Altai Republic the dynamics of suicides is extremely unstable and during the analyzed period of time there was no significant improvement. Today, compared to 1990 the suicide rate has decreased slightly in the age group of 20-24-year-olds and there is a negative trend in the form of an increase in indicators by 4 times among adolescents aged 15-19. The suicide mortality curve fluctuates widely, with peaks in 1998, 2001, 2011, and 2014 across all age groups.

We associate the uneven dynamics of mortality from suicides and fluctuations in indicators with distinct peaks with clustering of suicides. Suicide clustering, or suicide cluster, is a group of consistently committed suicides limited by space-time frames that take place in certain communities and institutional settings (psychiatric hospitals, schools, prisons, military garrisons, departments for juvenile delinquents), which confirms the social nature of its occurrence [16].

Foreign studies have shown that clustering of suicides can be observed in a certain area, especially in places where indigenous populations live [17-20]. Representatives of indigenous populations, in contrast to Caucasians, tend to commit cluster suicides, and this is typical not only for young people, but also for adults. The risk of suicide in a suicidal cluster is 2.1 times higher than in areas outside it [21]. In indigenous communities, about half of cases of child and adolescent suicide occur in intra-family clusters [22]. Clustering of suicides has a significant negative impact on the entire community, increases socio-psychological stress and thus increases the risk of suicide [23]. Understanding the territorial distribution of a cluster, recognizing its predictors and predicting its appearance is an important direction in the field of suicide prevention among indigenous populations [24, 25].

Conclusions.

Analysis of mortality from suicide in RA for the period from 1990 to 2019 revealed a high level of suicide, exceeding the all-Russian indicators by 1.5-3 times. By 2019 the gap in indicators has doubled compared to 1990. Among children and adolescents living

убийств превышает общероссийские показатели от 7,9 до 9,3 раз. Среди подростков 15-19 лет отмечается отрицательная динамика в виде роста показателей в 4 раза, по сравнению с 1990 годом.

Кривая смертности в Республике Алтай имеет неравномерный, флуктуирующий характер со спонтанными пиками, как в периоды роста, так и в периоды спада. Данный факт мы связываем с кластеризацией самоубийств. На сегодняшний день особо актуальным является проведение исследований по изучению различных характеристик суицидальных кластеров с целью поиска эффективных способов их сдерживания, распознавания предикторов и прогнозирования дальнейшего появления.

Литература / References:

1. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization; 2014.
2. The Human Mortality Databas. Available at <https://www.mortality.org/> (data downloaded on [18.11.2020]).
3. *Russian Fertility and Mortality Database*. Center for Demographic Research, Moscow (Russia). Available at http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data (data downloaded on [18.11.2020]).
4. Аминов И. Самоубийства в России: 15 фактов. *Демоскоп Weekly*. 2018; № 783-784. Ссылка доступна по адресу. <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0783/suicide.php>. Данные скачаны (18.11.2020). [Aminov I. Suicides in Russia: 15 facts. *Demoskop Weekly*. 2018; No. 783-784. The link is available at. <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0783/suicide.php>. Data downloaded (18.11.2020).] (In Russ)
5. Российская база данных по рождаемости и смертности. Центр демографических исследований Российской экономической школы, Москва (Россия). База данных доступна по адресу http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data. Данные скачаны (18.11.2020). [Russian database on fertility and mortality. Center for Demographic Research of the Russian School of Economics, Moscow (Russia). The database is available at http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data. Data downloaded (18.11.2020).] (In Russ)
6. Российская база данных по рождаемости и смертности. DRc5a2006-2012. База данных доступна по адресу http://demogr.nes.ru/images/uploads/DRc5a2006-2012_rus.pdf. Данные скачаны (18.11.2020). [Russian database on fertility and mortality. DRc5a2006-2012. The database is available at http://demogr.nes.ru/images/uploads/DRc5a2006-2012_rus.pdf. Data downloaded (18.11.2020).] (In Russ)
7. Аминов И. Самоубийства и их профилактика в России, 2018 год: основные факты. *Демоскоп Weekly*. 2019; № 823-824. Ссылка доступна по адресу <http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0823/suicide.php>. Данные скачаны (18.03.2020). [Aminov I. Suicides and their prevention in Russia, 2018: basic facts. *Demoscope Weekly*. 2019; № 823-824. The link is available at <http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0823/suicide.php>. Data downloaded (18.03.2020).] (In Russ)
8. Приказ Министерства образования и науки Республики Алтай от 20 июля 2017 года №1279 «О введении Единых диагностических периодов по выявлению несовершеннолетних, склонных к суицидальному поведению». [Order of the Ministry of Education and Science of the Republic of Altai dated July 20, 2017 No. 1279 "On the introduction of Unified diagnostic periods for identifying minors prone to suicidal behavior"] (In Russ)
9. Приказ Министерства образования и науки Республики Алтай от 28 июля 2017 г. №1304 «Об организации работы по совершенствованию деятельности в сфере профилактики суицидального поведения обучающихся». [Order of the Ministry of Education and Science of the Republic of Altai dated July 28, 2017 No. 1304 "On the organization of work to improve activities in the field of prevention of suicidal behavior of students."] (In Russ)
10. Приказ Министерства образования и науки Республики Алтай от 21 марта 2017 г. №462 «Об утверждении Алгоритма межведомственного взаимодействия в рамках профилактики суицидального поведения среди несовершеннолетних, состоящих в группах деструктивного характера в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». [Order of the Ministry of Education and Science of the Republic of Altai dated March 21, 2017 No. 462 "On approval of the Algorithm of interdepartmental interaction in the framework of prevention of suicidal behavior among minors who are in groups of a destructive nature in the information and telecommunications network "Internet".] (In Russ)
11. Пользовательское соглашение. Центр демографических исследований Российской экономической школы. Ссылка доступна по адресу http://www.demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/agreement. Данные скачаны (18.11.2020). [User agreement. Center for Demographic Research of the Russian School of Economics. The link is available at http://www.demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/agreement. Data downloaded (18.11.2020).] (In Russ)
12. Приложение 1. Перечень территорий России в соответствии с ее административно-территориальным делением в начале 2012 года и их коды. Ссылка доступна по адресу http://demogr.nes.ru/images/uploads/Appendix_1.pdf. Данные скачаны (18.11.2020). [Appendix 1. List of territories of Russia in accordance with its administrative-territorial division at the beginning of 2012 and their codes. The link is available at http://demogr.nes.ru/images/uploads/Appendix_1.pdf. Data downloaded (18.11.2020).] (In Russ)
13. Приложение 2. Перечень территорий России в соответствии с ее административно-территориальным делением в начале 1989 года и их коды. Ссылка доступна по адресу http://demogr.nes.ru/images/uploads/Appendix_2.pdf. Данные скачаны (18.11.2020). [Appendix 2. List of territories of Russia in accordance with its administrative-territorial division at the beginning of 1989 and their codes. The link is available at http://demogr.nes.ru/images/uploads/Appendix_2.pdf. Data downloaded (18.11.2020).] (In Russ)
14. Приложение 3. Краткая советская номенклатура причин смерти, основанная на ICD9. Ссылка доступна по адресу http://demogr.nes.ru/images/uploads/Appendix_3.pdf. Данные скачаны (18.11.2020).
15. Приложение 4. Краткая российская номенклатура причин смерти, основанная на ICD10. Ссылка доступна по адресу <https://docplayer.ru/49525499-Prilozhenie-4-kratkaya-rossiyskaya-nomenklatura-prichin-smerti-osnovannaya-na-icd10.html>. Данные скачаны (18.11.2020). [Appendix 4. Brief Russian nomenclature of causes of death based on ICD10. The link is available at <https://docplayer.ru/49525499-Prilozhenie-4-kratkaya-rossiyskaya-nomenklatura-prichin-smerti-osnovannaya-na-icd10.html>. Data downloaded (18.11.2020).] (In Russ)
16. Niedzwiedz C., Haw C., Hawton K., Platt S. The Definition and Epidemiology of Clusters of Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014; 44 (5): 569-581. DOI: 10.1111/sltb.12091
17. Derek Cheung Y.T., Spittal M.J., Williamson M.K., Tung S.J., Pirkis J. Predictors of suicides occurring within suicide clusters in Australia, 2004-2008. *Soc. Sci Med*. 2014;118: 135-142. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.08.005
18. Robinson J., Too L.S., Pirkis J., Spittal M.J. Spatial suicide clusters in Australia between 2010 and 2012: a comparison of cluster and non-cluster among young people and adults. *BMC Psychiatry*. 2016; 16 (1): 417.

19. Kassem A.M., Carter K.K., Johnson C.J., Hahn C.G. Spatial Clustering of Suicide and Associated Community Characteristics, Idaho, 2010-2014. *Prev. Chronic Dis.* 2019; 28 (16): E37. DOI: 10.5888/pcd16.180429
20. Hill N.T.M., Too L.S., Spittal M.J., Robinson J. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2020; 6 (29): e151. DOI: 10.1017/S2045796020000645
21. Fontanella C.A., Saman D.M., Campo J.V., Hiance-Steelesmith D.L., Bridge J.A., Sweeney H.A., Root E.D. Mapping suicide mortality in Ohio: A spatial epidemiological analysis of suicide clusters and area level correlates. *Prev. Med.* 2018; 106: 177-184. DOI: 10.1016/j.ypmed.2017.10.033
22. Lazzarini T.A., Gonçalves C.C.M., Benites W.M., Silva L.F., et al. Suicide in Brazilian indigenous communities: clustering of cases in children and adolescents by household. *Rev. Saude. Publica.* 2018; 52: 56. DOI: 10.11606/s1518-8787.2018052000541
23. Hawton K., Hill N., Gould M., John A., Lascelles K., Robinson J. Clustering of suicides in children and adolescents. *The Lancet Child & Adolescent Health.* 2020; 4 (1): 58-67.
24. Ngui A.N., Apparicio P., Moltchanova E., Vasiladis H.-M. Spatial analysis of suicide mortality in Québec: spatial clustering and area factor correlates. *Psychiatry Res.* 2014; 220 (1-2): 20-30. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.07.033
25. Wright M., Crisp N., Newnham E., Flavell H., Lin A. Addressing mental health in Aboriginal young people in Australia. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7 (10): 826-827. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30515-2

ANALYSIS OF MORTALITY FROM SUICIDE IN THE REPUBLIC OF ALTAI FOR THE PERIOD OF 1990-2019

N.B. Semenova,
L.V. Lapteva

Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences, Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia; snb237@gmail.com

Abstract: In recent years, though there has been a significant decrease in mortality from suicide in the Russian Federation (RF), the problem does not lose its relevance, due to the unfavorable suicidal situation in distant regions. These regions include the Republic of Altai (RA), where the death rate from suicide is three times higher than the national average. Aim of the study is to analyze the dynamics of mortality from suicide in the RA for the period from 1990 to 2019, to compare the findings with similar indicators in the RF, and to identify the regional specifics of indicators. Material and methods. Data on mortality of the population were obtained from the international and Russian databases of demographic indicators. Indicators for individual regions are identified in accordance with the code of the subject of the Russian Federation. Cause-of-death analysis was assessed by the value of the corresponding cause-of-death code indicated in the concise Soviet nomenclature based on ICD9 and the concise Russian nomenclature of causes of death based on ICD10. The dynamics of mortality from suicide was analyzed in terms of indicators standardized per 100,000 population. The analysis of the age characteristics of mortality was carried out according to the indicators of the frequency of suicides, standardized by age. The analysis of gender differences in different age groups was carried out in terms of the rates of suicide, standardized by sex and age. Separately, the dynamics of mortality from suicide for children aged 10-14, adolescents aged 15-19, and youth aged 20-24 in the RA was assessed in terms of sex and age standardized indicators. Research results. In the RA, as well as in the RF as a whole, there has been an increase in the level of suicide since 1990, but in Altai it lasted for a longer period of time – for 13 years. Throughout the entire period, the suicide rates in the RA have consistently exceeded the all-Russian indicators by 1.5-3 times, and by 2019 the gap in indicators has doubled compared to 1990. The curve of mortality from suicide in the RA has a fluctuating character with spontaneous peaks, both during periods of growth and during periods of decline, in contrast to the curve in the Russian Federation that has the form of a “plateau”. Among adolescents and young people in the RA, the dynamics of mortality from suicide is extremely unstable, and the mortality curve has numerous fluctuations, with peaks in 1998, 2001, 2011 and 2014 in all age groups. Today, in comparison to 1990, the suicide rate has decreased slightly in the age group of 20-24 year-olds and there is an increase in rates by 4 times among adolescents aged 15-19. Conclusions. In the RA, the mortality rate from suicide in the period from 1990 to 2019 consistently exceeds the all-Russian indicators, by 2019 the gap in indicators has doubled. In children and adolescents of the RA, the death rate from suicide exceeds the all-Russian indicators from 7.9 to 9.3 times. The mortality curve from suicide is fluctuating in all age groups, which we associate with clustering of suicides. This phenomenon requires further study.

Keywords: epidemiology, suicide, suicide cluster, indigenous peoples

Вклад авторов:

N.B. Семёнова: разработка дизайна исследования, обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи;
Л.В. Лаптева: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

N.B. Semenova: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article editing;
L.V. Lapteva reviewing of publications of the article's theme; article writing, article editing.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 02.11.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 19.12.2020.

Для цитирования: Семёнова Н.Б., Лаптева Л.В. Анализ смертности от самоубийств в Республике Алтай за период 1990-2019 годы. *Суцидология.* 2020; 11 (4): 3-12. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-3-12

For citation: Semenova N.B., Lapteva L.V. Analysis of mortality from suicide in the Republic of Altai for the period of 1990-2019. *Suicidology.* 2020; 11 (4): 3-12. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-3-12

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ НА УРОВЕНЬ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.Г. Корнетова, В.И. Герасимова, А.Н. Корнетов, К.Г. Языков, А.А. Гончарова, И.А. Меднова, А.В. Семке, С.А. Иванова, Н.А. Бохан

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, г. Томск, Россия

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия

INFLUENCE OF COGNITIVE FUNCTIONS ON THE LEVEL OF SUICIDE RISK IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

*E.G. Kornetova^{1,2}, V.I. Gerasimova¹, A.N. Kornetov²,
K.G. Yazykov², A.A. Goncharova¹, I.A. Mednova¹,
A.V. Semke^{1,2}, S.A. Ivanova^{1,2}, N.A. Bokhan^{1,2}*

¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, RAS, Tomsk, Russia

²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

Информация об авторах:

Корнетова Елена Георгиевна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 6490-8758; ResearcherID: R-6811-2016; ORCID iD: 0000-0002-5179-9727). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН, консультант психиатр клиники ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79. Электронный адрес: kornetova@sibmail.com

Герасимова Валерия Игоревна (SPIN-код: 4564-6219; ResearcherID: ABD-8410-2020; ORCID iD: 0000-0002-8526-3998). Место учёбы: аспирант отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79. Электронный адрес: havssaltvg@gmail.com

Корнетов Александр Николаевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4779-3620; ResearcherID: J-9919-2015; ORCID iD: 0000-0002-2342-7504). Место работы и должность: заведующий кафедрой фундаментальной психологии и поведенческой медицины ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: +7 (3822) 90-11-01, доб. 1812. Электронный адрес: alkornetov@gmail.com

Языков Константин Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 6003-2384; ResearcherID: S-6455-2016; ORCID iD: 0000-0002-5034-136X). Место работы и должность: профессор кафедры фундаментальной психологии и поведенческой медицины ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: +7 (3822) 90-11-01, доб. 1812. Электронный адрес: yazk@mail.ru

Гончарова Анастасия Александровна (SPIN-код: 7137-5705; ResearcherID: H-2679-2018, ORCID iD: 0000-0001-5260-5245). Место работы и должность: младший научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79. Электронный адрес: goncharanastasya@gmail.com

Меднова Ирина Андреевна (SPIN-код: 8772-6605; ResearcherID: I-9584-2017; ORCID iD: 0000-0002-8057-3305). Место работы и должность: младший научный сотрудник лаборатории молекулярной генетики и биохимии НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79. Электронный адрес: irinka145@yandex.ru

Семке Аркадий Валентинович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5623-2895; ResearcherID: B-1714-2016, ORCID iD: 0000-0002-8698-0251). Место работы и должность: заместитель директора по научной и лечебной работе НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН; профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79. Электронный адрес: asemke@mail.ru

Иванова Светлана Александровна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5776-1365; ResearcherID: C-5333-2012; ORCID iD: 0000-0001-7078-323X). Место работы и должность: заместитель директора по научной работе НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН; профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79. Электронный адрес: ivanovaniipz@gmail.com

Бохан Николай Александрович – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, академик РАН (SPIN-код: 2419-1263; ResearcherID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: директор НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79. Электронный адрес: bna909@gmail.com

Author's information:

Kornetova Elena G. – MD, PhD (SPIN-code: 6490-8758; ResearcherID: R-6811-2016; ORCID iD: 0000-0002-5179-9727). Place of work and position: Principle Researcher, Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str. Phone: +7 (3822) 72-43-79, email: kornetova@sibmail.com

Gerasimova Valeriya I. (SPIN-code: 4564-6219; ResearcherID: ABD-8410-2020; ORCID iD: 0000-0002-8526-3998). Place of study: Post-Graduate Student, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str. Phone: +7 (3822) 72-43-79, email: havssaltvg@gmail.com

Kornetov Alexander N. – MD, PhD (SPIN-code: 4779-3620; ResearcherID: J-9919-2015; ORCID iD: 0000-0002-2342-7504). Place of work and position: Head of the Department of Fundamental Psychology and Behavioral Medicine, Siberian State Medical University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 2 Moscow Tract. Phone: +7 (3822) 90-11-01, email: alkornetov@gmail.com

Yazykov Konstantin G. – MD, PhD (SPIN-code: 6003-2384; ResearcherID: S-6455-2016; ORCID iD: 0000-0002-5034-136X). Place of work: Professor of the Department of Fundamental Psychology and Behavioral Medicine, Siberian State Medical University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 2 Moscow Tract. Phone: +7 (3822) 90-11-01, email: yazk@mail.ru

Goncharova Anastasya A. (SPIN-code: 7137-5705; ResearcherID: H-2679-2018, ORCID iD: 0000-0001-5260-5245). Place of work and position: Researcher, Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str. Phone: +7 (3822) 72-43-79, email: goncharanastasya@gmail.com

Mednova Irina A. (SPIN-code: 8772-6605; ResearcherID: I-9584-2017; ORCID iD: 0000-0002-8057-3305). Place of work and position: Researcher, Laboratory of Molecular Genetics and Biochemistry, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str. Phone: +7 (3822) 72-43-79, email: irinka145@yandex.ru

Semke Arkadiy V. – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5623-2895; ResearcherID: B-1714-2016, ORCID iD: 0000-0002-8698-0251). Place of work: Professor, Deputy Director of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str. Phone: +7 (3822) 72-43-79, email: asemke@mail.ru

Ivanova Svetlana A. – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5776-1365; ResearcherID: C-5333-2012; ORCID iD: 0000-0001-7078-323X). Place of work: Professor, Deputy Research Director of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Professor of the Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy, Siberian State Medical University. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str. Phone: +7 (3822) 72-43-79, email: ivanovaniipz@gmail.com

Bokhan Nikolay A. – Academician of the Russian Academy of Sciences, MD, PhD (SPIN-code: 2419-1263; ResearcherID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Place of work and position: Head of Addiction Department, Director of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str.; Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 2 Moscow T. Phone: +7 (3822) 72-40-15, email: bna909@gmail.com

У пациентов с шизофренией ожидаемая продолжительность жизни значительно меньше в сравнении с общей популяцией, ассоциируясь с 13-15 потерянными годами потенциальной жизни. Более высокая смертность у пациентов с шизофренией связана в первую очередь с сердечно-сосудистыми заболеваниями и самоубийствами. В отдельных исследованиях обсуждается влияние когнитивных функций на риск суицида, однако, эти данные противоречивы. Цель исследования: оценить влияние когнитивных функций на уровень суицидального риска у больных шизофренией. Материалы и методы. Были обследованы 85 лиц (45 мужчин и 40 женщин в возрасте от 18 до 60 лет) с диагнозом шизофрении, верифицированным по исследовательским критериям МКБ-10. Все лица, включенные в исследование, прошли обследование с использованием шкалы краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS) в адаптированной русскоязычной версии. Оценка тяжести клинико - психопатологической симптоматики была выполнена с использованием Шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) в адаптированной русской версии SCI-PANSS. Суицидальный риск оценивался по шкале безнадёжности Бека (Beck Hopelessness Scale – BHS). Математическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA for Windows (v.12.0). Результаты. В модели множественной линейной регрессии не было установлено значимого влияния отдельных компонентов нейрокогнитивного функционирования на уровень безнадёжности ($p>0,05$). Однако при использовании в модели множественной линейной регрессии метода прямого отбора переменных, было выявлено прямое влияние на уровень безнадёжности результата теста «Шифровка» ($p=0,047$), отражающего состояние внимания и скорости обработки информации, а также результата «Двигательного теста с фишками», не достигавшего, тем не менее, статистической значимости ($p>0,05$). Иные домены когнитивных функций, такие как вербальная и рабочая память, исполнительные функции, не оказывали значимого влияния на уровень безнадёжности ($p>0,05$). Помимо этого, в логистической регрессионной модели наиболее значимым фактором, определяющим умеренный и тяжелый уровень безнадёжности, являлся показатель «Двигательного теста с фишками» ($p=0,014$), также отражающий скорость обработки информации, а кроме того, состояние моторных функций. Прочие домены когнитивных функций не оказывали значимого влияния на уровень безнадёжности и не влияли на прогностическую силу модели ($p>0,05$). Заключение. Установлено прямое влияние на уровень безнадёжности внимания, скорости обработки информации и моторных функций у больных шизофренией. Вместе с тем модели, полученные в ходе исследования, показали относительно небольшую прогностическую способность, что требует дальнейшего изучения влияния отдельных компонентов структуры нейрокогнитивного дефицита на суицидальный риск.

Ключевые слова: шизофрения, суицидальный риск, безнадёжность, когнитивные функции, нейрокогнитивный дефицит

У пациентов с шизофренией ожидаемая продолжительность жизни значительно меньше в сравнении с общей популяцией. В настоящее время это расстройство связано с 13-15 потерянными годами потенциальной жизни [1]. Более высокая смертность у пациентов с шизофренией связана, в первую очередь, с сердечно - сосудистыми заболеваниями и самоубийствами [2, 3]. 20-40% больных шизофренией совершают хотя бы одну суицидальную попытку в течение жизни [4]. Смертность от самоубийств среди лиц с шизофренией составляет 4-5%, что более чем в 10 раз выше, чем в общей популяции [5].

Суицидальное поведение – многомерное явление, которое является результатом комплексного взаимодействия биологических, генетических, психологических, социальных и средовых факторов [6]. Факторы суицидального риска у больных шизофренией во многом пересекаются с таковыми в общей популяции: наличие суицидальных попыток в течение жизни, мужской пол, злоупотребление психоактивными веществами, безнадёжность, наличие депрессивной симптоматики [8], проживание в одиночестве, психотравмирующие ситуации [9]. Специфическими факторами для данной группы больных являются низкая приверженность приёму антипсихотической терапии [10], полиморфизм rs6313 (T102C) и rs6311 (A1438G) гена 5-HTT2A [11], высокий уровень IQ в преморбидном периоде [12], страх психической дезинтеграции, выраженная продуктивная и негативная симптоматика [13]. Кроме того, риск самоубийства значительно выше в первые несколько лет заболевания [8, 14]. В отдельных исследованиях обсуждается влияние когнитивных функций на риск суицида.

Когнитивный дефицит в настоящий момент считается одной из ключевых групп симптомов шизофрении, наряду с продуктивной и негативной симптоматикой [15]. При этом когнитивный дефицит зачастую определяется уже в продромальном периоде и преморбиде, наиболее интенсивно углубляясь в первые годы болезни [16]. Среди когнитивных нарушений у больных шизофренией отмечают дефицит внимания и восприятия, разных видов памяти (рабочей, вербальной, автобиографической), исполнительных функций. Наиболее выраженными и частыми признают нарушения вербальной и пространственной памяти, слухового и зрительного гнозиса, недостаток устойчивости и избирательности внимания, сниженный контроль мыслительной деятельности, её организации [17]. Когнитивный дефицит у пациентов с шизофренией негативно влияет как на социальное и профессиональное функционирование, так и на качество жизни [18].

D. Verma и соавт. [19] показали, что у пациентов, совершивших суицидальные попытки, был более высокий уровень исполнительных функций и скорости обработки информации. В.К. Кочатürk и соавт. [18] также отметили, что у суицидентов показатели исполнитель-

Life expectancy in patients with schizophrenia is significantly reduced compared to the general population. Currently, this disorder is associated with 13-15 years of potential life lost [1]. Higher mortality levels in patients with schizophrenia is primarily associated with cardiovascular diseases and suicide [2, 3]. 20-40% of schizophrenia patients commit at least one suicide attempt during their lifetime [4]. The mortality rate from suicide among people with schizophrenia is 4-5%, which exceeds the same indicator for the general population more than 10 times [5].

Suicidal behavior is a multidimensional phenomenon that is the result of a complex interaction of biological, genetic, psychological, social and environmental factors [6]. Suicide risk factors in schizophrenic patients largely overlap with those in the general population: lifetime suicide attempts, being male, substance abuse, hopelessness, depressive symptoms [8], living alone, trauma [9]. Specific factors for this group of patients are low adherence to antipsychotic therapy [10], polymorphism rs6313 (T102C) and rs6311 (A1438G) of the 5-HTT2A gene [11], high IQ level in the premorbid period [12], fear of mental disintegration, severity of positive and negative symptoms [13]. In addition, the risk of suicide is significantly higher in the first few years of the disorder [8, 14]. Some studies have discussed the effect of cognitive functions on suicide risk.

Neurocognitive deficit is currently considered one of the key groups of symptoms of schizophrenia, along with positive and negative symptoms [15]. What is more, neurocognitive deficit can often be identified in the prodromal and premorbid period, deepening most intensively in the first years of the disorder [16]. Among the cognitive impairments in patients with schizophrenia, there are identified attention and perception deficits, deficits of different types of memory (working, verbal, autobiographical), and executive functions impairment. The most severe and frequent are impairment of verbal and spatial memory, auditory and visual gnosis, lack of stability and selectivity of attention, decreased control of mental activity and its organization [17]. Cognitive deficits in patients with schizophrenia negatively affect both social and professional functioning as well as quality of their life [18].

D. Verma et al. [19] showed that pa-

ных функций были выше. J.M. Nangle и соавт. [20] обнаружили, что у пациентов, совершивших хотя бы одну попытку самоубийства в течение жизни, были более высокие исполнительные функции, а также значительно лучшие показатели внимания и беглости речи. В исследовании группы терапевтически наивных пациентов с первым психотическим эпизодом установлено, что лица, совершавшие в прошлом суицидальные попытки, демонстрировали лучшие показатели внимания [21].

C.H. Kim и соавт. [22] обнаружили связь между историей суицидального поведения любого вида на протяжении всей жизни (например, мыслей, самоповреждения, планов, угроз или попыток) и более высокими показателями когнитивных функций в отношении скорости обработки информации и внимания, вербальной рабочей памяти, вербальной беглости, припоминания и исполнительных функций. Другими авторами [23] было показано, что пациенты с суицидальными мыслями или суицидальными попытками в сравнении с больными, у которых в прошлом не было суицидальных мыслей или попыток, демонстрировали лучшие показатели эпизодической памяти, рабочей памяти и IQ. Так же отмечена связь суицидального поведения со зрительно-пространственными навыками [24]. В то же время, ряд исследователей не обнаружили корреляций между суицидальным поведением и когнитивными функциями [25, 26].

Таким образом, во многих исследованиях установлено, что более высокие показатели когнитивных функций являются предрасполагающим фактором для суицидального поведения. Причём, чаще всего в этом отношении фигурируют параметры внимания и исполнительных функций. Основные гипотезы, объясняющие связь между когнитивным функционированием и суицидальностью, заключаются в том, что сохраняемая познавательная способность приводит к лучшему осознанию болезни и её возможных последствий. Низкий уровень осознания болезни связан с нарушением когнитивных функций [27], более высокий – с большей вероятностью суицидального поведения при шизофрении [28]. Также существует мнение, что сохранные исполнительные функции при этом заболевании могут повлиять на способность пациента планировать суицидальное поведение [20]. Актуальность данного исследования обусловлена необходимостью продолжения поиска специфических для суицидального риска когнитивных нарушений.

Предметом настоящей работы является когнитивные функции и их взаимоотношения с уровнем суицидального риска у больных шизофренией.

В основу исследования легли следующие предположения. Во-первых, при рассмотрении когнитивных функций обращают на себя внимание ссылки на когнитивный дефицит при шизофрении, отягощённой суицидальным поведением. Во-вторых, когнитивные функции изменяются при формировании суицидального поведения. В-третьих, компоненты когнитивных функций по-разному соотносятся с суицидальным поведением.

tients who committed suicide attempts had a higher level of executive function and speed of information processing. B.K. Kocatürk et al. [18] also showed that suicide attempters had higher rates of executive function. J.M. Nangle et al. [20] found that patients who committed at least one suicide attempt in their lifetime had higher executive function, as well as significantly better indicators of attention and speech fluency. X.Y. Zhang et al. [21] in a study of a group of therapy-naive patients with the first psychotic episode found that persons who had committed suicide attempts in the past showed better indicators of attention.

C.H. Kim et al. [22] found a relationship between a lifelong history of any kind suicidal behavior (suicide ideation, self-harm, plans, threats, or attempts) and higher cognitive functioning in terms of processing speed, attention, verbal working memory, verbal fluency, recall and executive functions. In a study by C. Delaney et al. [23] patients with suicidal thoughts or attempts demonstrated better episodic memory, working memory and IQ compared to patients who had no previous suicidal ideation or suicide attempts. X. Fang et al. [24] found a relationship between suicide behavior and visual-spatial skills. At the same time, a number of researchers found no correlations between suicidal behavior and cognitive functioning [25, 26]

Thus, in many studies better cognitive functioning, especially attention and executive function parameters, is often viewed as a predisposing factor for suicidal behavior. The main hypothesis that can explain the relationship between cognitive functioning and suicidality is that preserved cognitive ability leads to better awareness of the possible consequences of the disorder. Low level of awareness is associated with impaired cognitive functioning [27], while higher level of awareness is associated with a greater likelihood of suicidal behavior in schizophrenia [28]. It is also assumed that intact executive functions in patients with schizophrenia may affect their ability to plan their suicidal behavior [20]. At the same time, a number of researchers haven't found relationship between cognitive functions and suicidal behavior. The conflicting results obtained in earlier works determine the relevance of this study.

The subject of this work is cognitive functioning and its relationship with the level

На основании этих предпосылок были сформулированы исследовательские гипотезы.

1. Утяжеление состояния безнадёжности и суицидального поведения связано с изменением состояния когнитивных функций.

2. Состояние безнадёжности при шизофрении прогнозируется когнитивными функциями.

Цель исследования: оценить влияние когнитивных функций на уровень суицидального риска у больных шизофренией.

Материалы и методы.

В исследование были включены лица, находившиеся на стационарном лечении в клиниках ФГБНУ «НИИ психического здоровья» Томского национального исследовательского медицинского центра РАН и ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница».

Критериями включения в исследование являлись: возраст пациентов от 18 до 60 лет, верифицированный диагноз шизофрении по исследовательским критериям МКБ-10 [29], способность дать письменное информированное согласие. Критериями невключения являлись наличие органических и неврологических нарушений, тяжелых соматических заболеваний, приводящих к органной недостаточности, отказ от участия в исследовании.

В результате, в исследовании приняли участие 85 пациентов с шизофренией (45 мужчин и 40 женщин). Медиана возраста участников – 34 [29; 44] года; медиана возраста манифестации заболевания составила 23 [20; 29] года, медиана длительности заболевания – 10 [5; 16] лет. Все пациенты на момент включения в исследование получали базисную терапию конвенциональными или атипичными антипсихотическими препаратами в терапевтических дозировках, одобренных Минздравом России. Все дозы были приведены к единообразию в перерасчёте на хлорпромазиновый эквивалент (CPZeq) [30]. Таким образом, медиана общей антипсихотической нагрузки составила 337,4 [150; 625] мг (табл. 1).

Таблица 1 / Table 1

Клинико-демографические характеристики выборки
Clinical and demographic characteristics of the sample

Показатель Indicator	Значение Value
Пол / Sex	М – 45 (53%) Ж – 40 (47%)
Возраст / Age	34 [29; 44]
Возраст манифестации Age of disease onset	23 [20; 29]
Длительность заболевания Disease duration	10 [5; 16]
Общая антипсихотическая нагрузка Total antipsychotic load	337,4 [150; 625]

Примечание: для показателя «Пол» значение представлено как n (%), М – мужской пол, Ж – женский пол; для остальных показателей значения представлены как Me [Q1; Q3] / Note: for "Sex" the value is presented as n (%), with M meaning "male" and F meaning "female"; for other indicators the values are presented as Me [Q1; Q3]

of suicidal risk in patients with schizophrenia.

The study was based on the following premises. First, when considering cognitive functioning, attention is drawn to the references of cognitive deficits in schizophrenia burdened by suicidal behavior. Second, cognitive functioning is altered by the development of suicidal behavior. Third, the components of cognitive functioning are associated with suicidal behavior in different manner.

Based on these premises, research hypotheses were formulated.

1. An aggravation of the state of hopelessness and suicidal behavior is associated with a change in the state of cognitive functioning.

2. The state of hopelessness in schizophrenia can be predicted with cognitive functioning.

Aims: The aim of the study was to assess the influence of cognitive functioning on the level of suicide risk in patients with schizophrenia.

Materials and methods

The study included persons diagnosed with schizophrenia who were hospitalized in the clinics of the Mental Health Research Institute, Tomsk, Russia and the Tomsk Clinical Psychiatric Hospital, Tomsk, Russia.

The inclusion criteria for the study were: patients aged from 18 to 60, a verified diagnosis of schizophrenia according to the ICD-10 research criteria [29], the ability to give written informed consent. The exclusion criteria were the presence of organic and neurological disorders, severe somatic diseases leading to organ failure, and refusal to participate in the study.

As a result, 85 schizophrenic patients (45 male and 40 female) took part in the study. The median age of the participants is 34 [29; 44]; the median age of the disease onset was 23 [20; 29], the median duration of the disease is 10 [5; 16] years. At the time of inclusion in the study, all patients were receiving basic therapy with conventional or atypical antipsychotic drugs in therapeutic dosages approved by the Russian Ministry of Health. All doses were brought to uniformity in terms of chlorpromazine equivalent (CPZeq) [30]. As a result, the median total antipsychotic load was 337.4 [150; 625] mg (Table 1).

All persons included in the study were

Все лица, включённые в исследование, прошли обследование с использованием шкалы краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS) [31], в адаптированной русскоязычной версии [32]. Набор заданий данной шкалы («Заучивание списка слов», «Последовательность чисел», «Двигательный тест с фишками», «Речевая беглость», «Шифровка», «Башня Лондона») позволяет оценить параметры, соответственно последовательности приведенного списка: вербальная память, рабочая память, моторные функции и скорость обработки информации, скорость обработки информации, внимание и скорость обработки информации, исполнительные функции / мышление и проблемно-решающее поведение.

Объективная оценка тяжести клинико - психопатологической симптоматики была выполнена с использованием Шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [33] в адаптированной русской версии – SCI-PANSS [34].

Суицидальный риск оценивался по шкале безнадёжности Бека (Beck Hopelessness Scale – BHS). Данная шкала позволяет измерить выраженность негативного отношения к собственному предполагаемому будущему, что даёт возможность косвенно определить суицидальный риск у людей, страдающих психическими расстройствами, а также у людей, ранее совершавших суицидальные попытки [35, 36]. Несколько исследований показали, что данная шкала может использоваться для оценки суицидального риска [37, 38].

Все полученные данные были формализованы и обработаны статистически с использованием пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (v.12.0). Полученные данные прошли проверку на согласие распределения с нормальным законом с помощью критерия Колмогорова-Смирнова (с поправкой Лиллиефорса). При отсутствии нормального распределения данные представлены в виде медианы и квартилей (Me [Q1; Q3]). Применялся регрессионный исследовательский дизайн, в рамках которого использовались модели множественной линейной регрессии, множественной линейной регрессии в методе с пошаговым включением, логистическая регрессионная модель предсказания значений зависимой переменной. Пороговое значение достигнутого уровня значимости p было принято равным 0,05.

Результаты исследования.

Методом множественной линейной регрессии было оценено влияние каждого показателя BACS на уровень безнадёжности (табл. 2). Таким образом, в модели множественной линейной регрессии не выявлено влияния показателей BACS на уровень безнадёжности.

С целью улучшения предсказательных свойств модели был использован метод прямого отбора переменных в модели с теми же параметрами (табл. 3).

examined using the adapted Russian version of Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) [31, 32]. The set of tasks on this scale (“List learning”, “Digit sequencing task”, “Token motor task”, “Verbal fluency”, “Symbol coding”, “Tower of London”) allows to evaluate the state of the following cognitive functions listed respectively: verbal memory, working memory, motor functions and information processing speed, information processing speed, attention and information processing speed, executive functions / thinking and problem-solving behavior.

An objective assessment of the severity of clinical and psychopathological symptoms was performed with the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [33] in the adapted Russian version – SCI-PANSS [34].

Suicide risk was evaluated with the Beck Hopelessness Scale (BHS) which allows to measure the severity of one’s negative attitudes towards their prospective future making it possible to indirectly determine the suicide risk in people with mental disorders, as well as in people who have previously committed suicidal attempts [35, 36]. Several studies have shown that this scale can be used to assess suicidal risk [37, 38].

All obtained data were formalized and statistically processed using the Statistica for Windows standard application package (v.12.0). The data obtained were tested for agreement of the distribution with the normal law using the Kolmogorov-Smirnov test (with Lilliefors’ correction). For data with non-normal distribution, descriptive statistics are presented as median and quartiles (Me [Q1; Q3]). A regression research design was used, within which multiple linear regression models, multiple linear regression with stepwise inclusion method and a logistic regression model for predicting the values of the dependent variable were used. The threshold value of the achieved significance level p was taken equal to 0.05.

Results

The influence of each BACS indicator on the level of hopelessness was assessed with the method of multiple linear regression (Table 2).

Thus, in the multiple linear regression model, the effect of BACS scores on the level of hopelessness was not revealed.

In order to improve the predictive properties of the model, the direct selection of variables method in the model with the same parameters was used (Table 3).

Таблица 2 / Table 2

Значения коэффициентов множественной линейной регрессионной модели зависимости безнадёжности от показателей шкалы BACS / Values of coefficients of multiple linear regression model of the dependence of hopelessness on the indicators of the BACS scale

Показатель Indicator	Коэффициент (B) Coefficient (B)	Стандартная ошибка Standard error	Значимость (t) Significance (t)	Значимость (p) Significance (p)
Константа Constant	6,111	2,197	2,782	0,007
Заучивание списка слов List learning	-0,029	0,07	-0,415	0,679
Последовательность чисел Digit sequencing task	0,112	0,136	0,829	0,410
Двигательный тест с фишками Token motor task	-0,045	0,032	-1,376	0,173
Речевая беглость Verbal fluency	-0,008	0,053	-0,161	0,873
Шифровка Symbol coding	0,079	0,049	1,591	0,115
Башня Лондона Tower of London	-0,066	0,127	-0,518	0,606

R=0,259, R²=0,067

Таблица 3 / Table 3

Значения коэффициентов множественной линейной регрессионной модели (метод прямого отбора переменных) зависимости безнадёжности от показателей шкалы BACS
Values of coefficients of multiple linear regression model (direct selection of variables method) of the dependence of hopelessness on the indicators of the BACS scale

Показатель Indicator	Коэффициент (B) Coefficient (B)	Стандартная ошибка Standard error	Значимость (t) Significance (t)	Значимость (p) Significance (p)
Константа Constant	6,046	1,505	4,017	0,001
Шифровка Symbol coding	0,074	0,037	2,012	0,047*
Двигательный тест с фишками Token motor task	-0,048	0,031	-1,544	0,126

R=0,233, R²=0,054

Таким образом, обнаружено прямое влияние показателя теста «Шифровка») на безнадёжность.

С целью оценить прогностические свойства показателей BACS в отношении показателя безнадёжности также был использован метод логистической регрессии. Показатели шкалы безнадёжности Бека кодировали следующим образом (табл. 4): оценки от «не выявленной» (0) до «лёгкой» (1) кодировали нулем (0) n=58; оценки от «умеренной» (2) до «тяжёлой» (3) кодировали единицей (1) n=27. Таким образом, установлено, что наиболее значимым фактором, определяющим «умеренный» и «тяжелый» уровень безнадёжности, является результат «Двигательного теста с фишками». Однако полученная модель имеет достаточно низкую предсказательную способность.

Обсуждение и заключение.

В результате проведённого исследования была выявлена связь между уровнем безнадёжности и результатом теста «Шифровка», отражающего состояние внимания и скорости обработки информации.

Thus, a direct influence of the "Symbol coding" test indicator on hopelessness was found.

In order to assess the predictive properties of the BACS indicators in relation to the hopelessness indicator, the logistic regression method was also used. The indicators of the Beck hopelessness scale were coded as follows (Table 4): scores from "normal" (0) to "mild" (1) were coded with zero (0) n = 58; scores from "moderate" (2) to "severe" (3) were coded as unit (1) n=27. Thus, it was found that the most significant factor determining the "moderate" and "severe" level of hopelessness is the result of the "Token motor task". However, the resulting model has a rather low predictive power.

Discussion

As a result of the study, a connection was revealed between the level of hopelessness and the result of the "Symbol coding" test, which reflects the state of attention and the speed of information processing.

Таблица 4 / Table 4

Результаты прогноза показателя безнадёжности в модели логистической регрессии для показателей BACS
 The results of the hopelessness indicator prediction in the logistic regression model for the BACS indicators

Показатель BACS, объем выборки BACS task, sample size (n)	Коэффициент Coefficient B	Экспонента Exponentiation B	P	Результат (показатель прогнозирует / не прогнозирует) Result (the indicator predicts/doesn't predict)
Константа Constant	-1,133	0,322	0,272	
Заучивание списка слов, n=85 List learning, n=85	-0,025	0,975	0,425	показатель не прогнозирует
Последовательность чисел, n=85 Digit sequencing task, n=85	0,082	1,085	0,201	показатель не прогнозирует
Двигательный тест с фишками, n=85 Token motor task, n=85	-0,039	0,962	0,014*	показатель прогнозирует
Речевая беглость, n=85 Verbal fluency, n=85	0,003	1,003	0,909	показатель не прогнозирует
Шифровка, n=85 Symbol coding, n=85	0,032	1,033	0,158	показатель не прогнозирует
Башня Лондона, n=85 Tower of London, n=85	0,006	1,066	0,916	показатель не прогнозирует
R^2 Кокса и Снелла=0,127, R^2 Нэйджелкерка=0,178 / R^2 Cox and Snell=0,127, R^2 Nagelkerke=0,178				

Помимо этого, в логистической регрессионной модели наиболее значимым фактором, определяющим умеренный и тяжелый уровень безнадёжности, являлся показатель «Двигательного теста с фишками», также отражающий скорость обработки информации, а кроме того, моторные функции. Таким образом, в настоящем исследовании нам удалось установить прямую зависимость уровня безнадёжности от таких доменов когнитивных функций, как внимание, скорость обработки информации и моторные функции.

Внимание – процесс, являющийся важным компонентом когнитивного функционирования и отвечающий за избирательную направленность восприятия на входящую информацию [39]. В литературе встречаются противоречивые данные о влиянии внимания на суицидальный риск. Часть исследователей [40, 41] показывает, что лица, совершавшие в течение жизни суицидальные попытки или высказывавшие суицидальные мысли, демонстрировали худшие показатели внимания, чем лица без суицидального поведения в анамнезе. Однако не все исследователи поддерживают этот вывод, поскольку ими не было обнаружено каких-либо существенных различий в качестве выполнения задач на концентрацию внимания между людьми, совершавшими суицидальные попытки, и людьми, не совершавшими [42, 43]. Эти несоответствия могут объясняться как различиями в методах, используемых для оценки внимания, так и различиями в выборках.

В то же время, несколько работ по оценке когнитивных функций у пациентов с шизофренией показали, что лица с историей суицидального поведения в тече-

In addition, in the logistic regression model, the most significant factor determining the moderate and severe level of hopelessness was the "Token motor task" indicator, which also reflects the speed of information processing, and in addition, motor functions. Thus, in the present study, we were able to establish a direct dependence of the level of hopelessness on such domains of cognitive functions as attention, information processing speed, and motor functions.

Attention is a process that is an important component of cognitive functioning that is responsible for the selective focus of perception of incoming information [39]. In the literature, there are conflicting data on the effect of attention on suicidal risk. Some researchers [40, 41] show that persons who have a history of suicidal attempts or suicide ideation during their lifetime showed worse indicators of attention than persons without a history of suicidal behavior. However, not all researchers support this conclusion, since they did not find any significant differences in the quality of performing attention-focusing tasks between people who made suicidal attempts and people who did not [42, 43]. These discrepancies can be explained both by differences in the methods used to assess attention and by differences in samples.

At the same time, several studies on the assessment of cognitive functions in patients with schizophrenia have shown that individuals with a history of suicidal behavior

ние жизни лучше справлялись с задачами на внимание, чем лица без суицидального анамнеза [20, 22]. Однако объём исследований, оценивающих взаимосвязь между вниманием и суицидальным риском, остаётся недостаточным, потому проблема нуждается в дальнейшем изучении.

Скорость обработки информации зависит от времени, необходимого для обработки стимула и формирования ответной реакции, и является ключевой когнитивной функцией [44]. Многие высшие познавательные процессы, такие как перцептивная обработка, кодирование и извлечение информации, а также операции принятия решений, в некоторой степени зависят от скорости обработки информации [45]. Скорость обработки данных является центральным элементом когнитивного дефицита при шизофрении. В частности, показано, что снижение скорости обработки данных заметно выражено на фоне общего когнитивного дефицита у таких больных [46, 47]. Таким образом, была выдвинута гипотеза, что скорость обработки данных может опосредовать более широкий спектр когнитивных нарушений при шизофрении [48], в том числе внимания, исполнительных функций [48], вербальной памяти, беглости речи, социальных когнитивных функций и адаптационных возможностей [49]. Более того, дефицит скорости обработки информации может быть связан с ухудшением у больных шизофренией способности распознавания эмоций [50] и коррелирует с трудовым и социальным функционированием больных шизофренией, в том числе стажем работы [51], способностью к самообслуживанию и независимому проживанию, социальной адаптацией [45, 52]. Логично предположить, что увеличение задержки отклика при социальных взаимодействиях, вероятно, затрудняет коммуникацию и обработку социальной информации.

Однако данные о влиянии скорости обработки информации на безнадежность и суицидальный риск ограничены. Ряд исследователей [19, 22] выявили связь между историей суицидального поведения любого вида (мыслей, планов, попыток) и более высокими показателями скорости обработки информации. В то же время, F. Vadini и соавт. [53], проводившие исследование связи между отдельными когнитивными доменами и суицидальным поведением заключённых, обнаружили, что субъекты с высоким суицидальным риском хуже справлялись со всеми заданиями, включая направленные на оценку скорости обработки данных, по сравнению с теми испытуемыми, чей риск суицида не был высоким. Исследования, проведённые на выборке пациентов с психическими расстройствами, в частности БАР и шизофренией [54, 55], продемонстрировали более низкие показатели скорости обработки у субъектов с суицидальным риском.

throughout their lives performed better on attention tasks than those without a suicidal history [20, 22]. However, the volume of research evaluating the relationship between attention and suicidal risk remains insufficient, therefore the problem requires further study.

The speed of information processing depends on the time required to process a stimulus and form a response, and is a key cognitive function [44]. Many higher cognitive functions, such as perceptual processing, coding and retrieval of information, as well as decision-making operations, to some extent depend on the speed of information processing [45]. Processing speed is central to cognitive deficits in schizophrenia. In particular, it has been shown that the decrease in the data processing speed is markedly pronounced against the background of the general cognitive deficit in such patients [46, 47]. Thus, it has been hypothesized that processing speed may mediate a wider range of cognitive impairments in schizophrenia [48], including attention, executive function [48], verbal memory, fluency, social cognitive functions, and adaptive capabilities [49]. Moreover, the information processing speed deficit may be associated with a deterioration in the ability to recognize emotions by schizophrenic patients [50] and correlate with work and social functioning of schizophrenic patients, including work experience [51], their self-service ability, ability to live independently, social adaptation [45, 52]. It is logical to assume that a response delay increase in social interactions is likely to complicate communication and processing of social information.

However, data on the effect of processing speed on hopelessness and suicidal risk are limited. A number of researchers [19, 22] have identified a relationship between a history of suicidal behavior of any kind (thoughts, plans, attempts) and higher rates of information processing speed. At the same time, F. Vadini et al. [53], who conducted a study of the relationship between individual cognitive domains and suicidal behavior in prisoners, found that subjects with a high suicidal risk performed worse on all tasks, including those aimed at assessing the speed of data processing, compared to those subjects whose risk of suicide rate was not high. Studies conducted on a sample of patients with mental disorders, in particular bipolar disorder and schizophrenia [54, 55], have demonstrated lower processing rates in subjects with risk of suicide.

The results obtained in our study can have various explanations. Thus, preserved

Результаты, полученные в нашем исследовании, могут иметь различные объяснения. Так, сохраненные когнитивные функции, в том числе внимание и скорость обработки данных, необходимы для планирования и осуществления целенаправленного поведения, в частности суицидального [20, 56, 57]. Кроме того, влияние этих когнитивных доменов на суицидальный риск может быть опосредованным: более высокая скорость обработки информации, путём положительного влияния на социальные когнитивные функции, может способствовать лучшему осознанию болезни, симптомов и её последствий, что по некоторым данным увеличивает риск самоубийства [58]. В отдельных работах [59] в числе значимых психосоциальных факторов риска указываются высокий уровень образования и преморбидного функционирования, высокие личные ожидания и амбиции, а также осознание невозможности их реализации. Все эти характеристики, в свою очередь, тесно связаны с уровнем когнитивных функций.

Моторные функции по нашим данным также были ассоциированы с большей выраженностью безнадёжности, что может быть объяснено тем, что «Двигательный тест с фишками» BACS оценивает реципрокную координацию движений, которая, в свою очередь, отражает сохранность структур мозолистого тела [60]. По некоторым данным, функциональное состояние белого вещества мозолистого тела было лучше у пациентов с шизофренией с суицидальными попытками в анамнезе, чем у пациентов без таких попыток [61].

Модели, полученные в ходе исследования, показали относительно небольшую прогностическую способность. Возможно, отдельные демографические и клинические характеристики выборки, такие как возраст, длительность заболевания, возраст манифестации заболевания могли оказать влияние на полученные результаты. Известно, что суицидальный риск наиболее высок в ранние годы болезни: в течение первых десяти лет погибли 44% пациентов с шизофренией, окончивших жизнь самоубийством, по данным исследования, оценивавшего риск в течение сорокалетнего периода; раннее начало заболевания также является фактором риска самоубийства [59].

Несмотря на данные ограничения представленного исследования, полученные связи уровня безнадёжности с вниманием, скоростью обработки информации и моторными функциями нельзя назвать стохастическими. Поэтому вопрос о влиянии структуры нейрокогнитивного дефицита на суицидальный риск остается крайне актуальным и нуждается в дальнейшем изучении.

cognitive functions, including attention and data processing speed, are necessary for planning and implementing purposeful behavior, in particular suicidal behavior [20, 56, 57]. In addition, the influence of these cognitive domains on suicidal risk may be indirect: a higher speed of information processing, through a positive effect on social cognitive functions, can contribute to a better awareness of the disease, symptoms and its consequences, which, according to some data, increases the risk of suicide [58]. In some works [59], a high level of education and premorbid functioning, high personal expectations and ambitions, as well as the realization of the impossibility of their realization are indicated among the significant psychosocial risk factors. All these characteristics, in turn, are closely related to the level of cognitive function.

According to our data, motor functions were also associated with a greater degree of insecurity, which can be explained by the fact that the BACS “Token motor task” assesses reciprocal coordination of movements, which, in turn, reflects the preservation of the structures of the corpus callosum [60]. According to some reports, the state of the white matter of the corpus callosum was functionally better in patients with schizophrenia with a history of suicidal attempts than in patients without such attempts [61].

The models obtained during the study showed a relatively low predictive power. It is possible that certain demographic and clinical characteristics of the sample, such as age, duration of the disease, age of disease onset, could have influenced the results obtained. It is known that the suicidal risk is highest in the early years of the disease: during the first ten years, 44% of patients with schizophrenia who committed suicide died, according to a study that assessed the risk over a forty-year period; early onset of the disease is also a risk factor for suicide [59].

Despite these limitations of the presented study, the obtained connections between the level of hopelessness and attention, information processing speed and motor functions cannot be called stochastic. Therefore, the question of the influence of the structure of neurocognitive deficit on suicidal risk remains extremely relevant and needs further study.

Литература / References:

1. Hjorthøj C., Stürup A.E., McGrath J.J., et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4 (4): 295-301. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30078-0
2. Laursen T.M., Nordentoft M., Mortensen P.B. Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*.

- 2014; 10: 425-448. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657
3. Misiak B., Kiejna A., Frydecka D. Higher total cholesterol level is associated with suicidal ideation in first-episode schizophrenia females. *Psychiatry Research*. 2015; 226 (1): 383-388. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.12.030
 4. Pompili M., Amador X.F., Girardi P., et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*. 2007; 6: 10. DOI: 10.1186/1744-859X-6-10
 5. Carlborg A., Winnerbäck K., Jönsson E.G. Suicide in schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2010; 10: 1153-1164. DOI: 10.1586/ern.10.82
 6. Hawton K., van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009; 373 (9672): 1372-1381. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X
 7. Reutfors J., Brandt L., Jonsson E.G., et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population-based case-control study. *Schizophrenia Research*. 2009; 108 (103): 231-237. DOI: 10.1016/j.schres.2008.12.023
 8. Popovic D., Benabarre A., Crespo J.M., et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014; 130 (6): 418-426. DOI: 10.1111/acps.12332
 9. Hettige N.C., Bani-Fatemi A., Sakinofsky I., et al. A biopsychosocial evaluation of the risk for suicide in schizophrenia. *CNS Spectrums*. 2017; 23 (4): 253-263. DOI: 10.1017/S1092852917000128
 10. Tiihonen J., Lönnqvist J., Wahlbeck K., et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*. 2009; 374: 620-627. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60742-X
 11. Tsai S.J., Hong C.J., Liou Y.J. Recent molecular genetic studies and methodological issues in suicide research. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2011; 35 (4): 809-817. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2010.10.014
 12. De Hert M., McKenzie K., Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophrenia Research*. 2001; 47: 127-134. DOI: 10.1016/S0920-9964(00)00003-7
 13. Hor K., Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*. 2010; 24 (4, Suppl): 81-90. DOI: 10.1177/1359786810385490
 14. Kuo C.J., Tsai S.Y., Lo C.H., et al. Risk factors for completed suicide in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005; 66: 579-585. DOI: 10.4088/jcp.v66n0506
 15. Shmukler A.B., Gurovich I.Y., Agius M., et al. Long-term trajectories of cognitive deficits in schizophrenia: a critical overview. *European Psychiatry*. 2015; 30: 1002-1010. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.08.005
 16. Trotta A., Murray R.M., MacCabe J.H. Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2015; 45 (2): 381-394. DOI: 10.1017/S0033291714001512
 17. Sheffield J.M., Karcher N.R., Barch D.M. Cognitive deficits in psychotic disorders: a lifespan perspective. *Neuropsychology Review*. 2018; 28 (4): 509-533. DOI: 10.1007/s11065-018-9388-2
 18. Kocatürk B.K., Eşizoğlu A., Aksaray G., et al. Relationship suicide, cognitive functions, and depression in patients with schizophrenia. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2015; 52 (2): 169-173. DOI: 10.5152/npa.2015.7506
 19. Verma D., Srivastava M.K., Singh S.K., et al. Lifetime suicide intent, executive function and insight in schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia Research*. 2016; 178 (1-3): 12-16. DOI: 10.1016/j.schres.2016.08.009
 20. Nangle J.M., Clarke S., Morris D.W., et al. Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders. *Schizophrenia Research*. 2006; 85: 196-200. DOI: 10.1016/j.schres.2006.03.035
 21. Zhang X.Y., Du X., Yin G., et al. Prevalence and clinical correlates of and cognitive function at the time of suicide attempts in first-episode and drug-naïve patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2018; 79 (4): 1791-1797. DOI: 10.4088/JCP.17m11797
 22. Kim C.H., Jayatilake K., Meltzer H.Y. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research*. 2003; 60: 71-80. DOI: 10.1016/S0920-9964(02)00310-9
 23. Delaney C., Mcgrane J., Cummings E., et al. Preserved cognitive function is associated with suicidal ideation and single suicide attempts in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2012; 140: 232-236. DOI: 10.1016/j.schres.2012.06.017
 24. Fang X., Chen Y.W., Yewei Z.C. Identification of risk factors for suicidal ideation in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2019; 271: 195-199. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.11.051Get
 25. Dai Q., Wang D., Wang J., et al. Suicide attempts in Chinese Han patients with schizophrenia: cognitive, demographic, and clinical variables. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020; 4: 90. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-0900
 26. Togay B., Noyan H., Tasdelen R., et al. Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Psychiatry Research*. 2015; 229 (1-2): 252-256. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.07.025
 27. Donohoe G., Hayden J., McGlade N., et al. Is "clinical" insight the same as "cognitive" insight in schizophrenia? *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2009; 15 (3): 471-475. DOI: 10.1017/S1355617709090559
 28. Crumlish N., Whitty P., Kamali M., et al. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005; 112 (6): 449-455. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00620.x
 29. World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Diagnostic Criteria for Research / World Health Organization. Geneva: WHO, 1993.
 30. Andreassen N.C., Pressler M., Nopoulos P., et al. Antipsychotic dose equivalents and dose-years: a standardized method for comparing exposure to different drugs. *Biological Psychiatry*. 2010; 67: 255-262. DOI: 10.1016/j.biopsych.2009.08.040
 31. Keefe R.S., Harvey P.D., Goldberg T.E. Norms and standardization of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS). *Schizophrenia Research*. 2008; 102 (1-3): 108-115. DOI: 10.1016/j.schres.2008.03.024
 32. Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф Р.С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией». *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010; 20 (3): 13-19. [Sarkisyan G.R., Gurovich I.Ya., Kif R.S. Normative data for the Russian population and standardization of the scale "brief assessment of cognitive functions in patients with schizophrenia". *Social and clinical psychiatry*. 2010; 20 (3): 13-19.] (In Russ)
 33. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987; 13 (2): 261-276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261
 34. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. Москва, 2001. 238 с. [Mosolov S.N. Scales of psychometric assessment of schizophrenia symptoms and the concept of positive and negative disorders. Moscow, 2001. 238 p.] (In Russ)
 35. Huth-Bocks A.C., Kerr D., Ivey A., et al. Assessment of psychiatrically hospitalized suicidal adolescents: self-report instruments as predictors of suicidal thoughts and behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007; 46: 387-395. DOI: 10.1097/chi.0b013e31802b9535
 36. García R. Robles, Agraz F. Páez, Guirado M. Ascencio, et al. Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas españolas de psiquiatría*. 2005; 33 (5): 292-297.

37. Beck A.T., Steer R.A. Clinical predictors of eventual suicide: a five to ten-year prospective study of suicide attempters. *Journal of Affective Disorders*. 1989; 17: 203-209. DOI: 10.1016/0165-0327(89)90001-3
38. Tovar J. Aliaga, de los Ríos L. Rodríguez Díaz, C. Ponce, et al. Escala de Desesperanza de Beck: adaptación y características psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología*. 2006; 9 (1): 69-79.
39. Lezak M.D., Howieson D.B., Loring D.W. Neuropsychological assessment. New York: Oxford University Press, 2004. 1029 p.
40. Dombrowski A.Y., Butters M.A., Reynolds C.F., et al. Cognitive performance in suicidal depressed elderly: preliminary report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008; 16 (2): 109-115. DOI: 10.1097/jgp.0b013e3180f6338d
41. Kelip J.G., Goryn J.M., Russell M., et al. Neuropsychological function and suicidal behavior: attention control, memory and executive dysfunction in suicide attempt. *Psychological Medicine*. 2013; 43 (3): 539-551. DOI: 10.1017/s0033291712001419
42. Gilbert A.M., Gamo J.L., Braga R.J., et al. Clinical and cognitive correlates of suicide attempts in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2011; 72 (8): 1027-1033. DOI: 10.4088/jcp.10m06410
43. Saffer B.Y., Klonsky E.D. Do neurocognitive abilities distinguish suicide attempters from suicide ideators? A systematic review of an emerging research area. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2018; 25 (1): e12227. DOI: 10.1111/cpsp.12227
44. Foong H.F., Hamid T.A., Ibrahim R., et al. Information processing speed as a mediator between psychosocial stress and global cognition in older adults. *Psychogeriatrics*. 2018; 18 (1): 21-29. DOI: 10.1111/psyg.12279
45. Dickinson D., Ramsey M.E., Gold J.M. Overlooking the obvious: a meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64: 532-542.
46. Dickinson D., Ragland J.D., Gold J.M., et al. General and specific cognitive deficits in schizophrenia: Goliath defeats David? *Biological Psychiatry*. 2008; 64: 823-827.
47. Henry J., Crawford J. A meta-analytic review of verbal fluency deficits in schizophrenia relative to other neurocognitive deficits. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2005; 10: 1-33. DOI: 10.1080/13546800344000309
48. Rodríguez-Sánchez J.M., Crespo-Facorro B., González-Blanch C., et al. Cognitive dysfunction in first-episode psychosis: the processing speed hypothesis. *The British Journal of Psychiatry*. 2007; 191: 107-110. DOI: 10.1192/bjp.191.51.s107
49. Ojeda N., Peña J., Sánchez P., et al. Processing speed mediates the relationship between verbal memory, verbal fluency, and functional outcome in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2008; 101: 225-233. DOI: 10.1016/j.schres.2007.12.483
50. Eack S.M., Mermon D.E., Montrose D.M., et al. Social cognition deficits among individuals at familial high risk for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2010; 36: 1081-1088. DOI: 10.1093/schbul/sbp026
51. Gold J.M., Goldberg R.W., McNary S.W., et al. Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159: 1395-1402. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.8.1395
52. Sanchez P., Ojeda N., Pena J., et al. Predictors of longitudinal changes in schizophrenia: the role of processing speed. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2009; 70: 888-896. DOI: 10.4088/JCP.08m04294
53. Vadini F., Calella G., Pieri A., et al. Neurocognitive impairment and suicide risk among prison inmates. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 225: 273-277. DOI: 10.1016/j.jad.2017.08.030
54. Pu S., Setoyama S., Noda T. Association between cognitive deficits and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Scientific Reports*. 2017; 7 (1): 11637. DOI: 10.1038/s41598-017-12142-8
55. Comparelli A., Corigliano V., Lamis D.A., et al. Positive symptoms and social cognition impairment affect severity of suicidal ideation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2018; 193: 470-471. DOI: 10.1016/j.schres.2017.07.027
56. Barrett E.A., Sundet K., Simonsen C., et al. Neurocognitive functioning and suicidality in schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2011; 52 (2): 156-163. DOI: 10.1016/j.comppsych.2010.06.001
57. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Розанов В.А., Рахимкулова А.С. Суицидальные попытки: клинические характеристики с позиций суицидального процесса. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 101-119. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Rozanov V.A., Rakhimkulova A.S. Suicidal attempts: clinical characteristics from the position of suicidal process. *Suicidology*. 2020; 11 (3): 101-119.] (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-101-119
58. Ventriglio A., Gentile A., Bonfitto I., et al. Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*. 2016; 7: 116. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00116
59. Sher L., Kahn R.S. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55 (7): 361. DOI: 10.3390/medicina55070361
60. Ковязина М.С. Нейропсихологический анализ патологии мозолистого тела. М.: Генезис, 2012. 176 с. [Kovyazina M.S. Neuropsychological analysis of the pathology of the corpus callosum. М.: Genesis, 2012. 176 p.] (In Russ)
61. Lee S.J., Kim B., Oh D., et al. White matter alterations associated with suicide in patients with schizophrenia or schizophreniform disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2016; 248: 23-29. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.01.011

INFLUENCE OF COGNITIVE FUNCTIONS ON THE LEVEL OF SUICIDE RISK IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

E.G. Kornetova^{1,2}, V.I. Gerasimova¹, A.N. Kornetov²,
K.G. Yazykov², A.A. Goncharova¹, I.A. Mednova¹,
A.V. Semke^{1,2}, S.A. Ivanova^{1,2}, N.A. Bokhan^{1,2}

¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, RAS, Tomsk, Russia; kornetova@sibmail.com
²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

Abstract:

Life expectancy in patients with schizophrenia is significantly reduced compared to the general population; currently this disorder is associated with 13-15 years of potential life lost. Higher levels of mortality in schizophrenia patients is primarily associated with cardiovascular diseases and suicide. Some studies have discussed the influence of cognitive functions on suicide risk, but these data are contradictory. Aim: To assess the influence of cognitive functions on the suicide risk in patients with schizophrenia. Materials and methods. There were examined 85 persons (45 male, 40 female, aged from 18 to 60 years) diagnosed with schizophrenia according to the ICD-10 criteria for research. All individuals included in the study were examined using the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia Scale (BACS) in an adapted Russian version. An assessment of the severity of clinical and psychopathological symptoms was performed using the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in the adapted Russian version SCI-PANSS. Suicide risk was evaluated with the Beck Hopelessness Scale (BHS). In terms of regression

design multiple linear regression, multiple linear regression with forward selection method, and logistic regression model for predicting the values of the dependent variables were used. The threshold value of the achieved significance level p was taken equal to 0.05 or less. The application package STATISTICA for Windows (v.12.0) was used. Results. There was found no significant influence of individual components of neurocognitive functioning on the level of hopelessness in the multiple linear regression model, ($p > 0.05$). However, when using the direct variables selection method in the multiple linear regression model, a direct effect on the level of hopelessness was revealed of the «Symbol coding» task results ($p=0.047$) (which reflects the state of attention and processing speed) and the «Token motor task» results, which, though, didn't achieve statistical significance ($p > 0.05$). Other domains of cognitive functions, such as verbal and working memory, executive functions had no significant influence on the level of hopelessness ($p > 0.05$). Besides, in the logistic regression model, the most significant factor determining the moderate and severe level of hopelessness was the «Token motor task» result ($p=0.014$), which also reflects the speed of information processing and the state of motor functions. Other domains of cognitive functions did not significantly affect the level of hopelessness as well as the predictive power of the model ($p > 0.05$). Conclusion. A direct influence of attention, information processing speed and motor functions on the level of hopelessness in patients with schizophrenia has been established. At the same time, the models obtained in the study showed a relatively low predictive ability, which means further study of the influence of individual components of the structure of neurocognitive deficit on suicidal risk is required.

Keywords: schizophrenia, suicide risk, hopelessness, cognitive functions, neurocognitive deficit

Вклад авторов:

- Е.Г. Корнетова:* разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;
В.И. Герасимова: психопатологическое и психометрическое обследование выборки, обзор публикаций по теме статьи, написание и перевод текста рукописи;
А.Н. Корнетов: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи, перевод текста рукописи;
К.Г. Языков: написание текста рукописи, статистический анализ результатов;
А.А. Гончарова: психопатологическое и психометрическое обследование выборки;
И.А. Меднова: психопатологическое и психометрическое обследование выборки;
А.В. Семке: участие в описании результатов;
С.А. Иванова: разработка дизайна исследования;
Н.А. Бокхан: окончательное утверждение темы рукописи.

Authors' contributions:

- E.G. Kornetova:* conception and design of the study, drafting of the article, critical revision for important intellectual content;
V.I. Gerasimova: psychopathological and psychometric examination of the sampling, analysis of literature on the research topic, drafting and translating of the article;
A.N. Kornetov: design of the study, analysis of literature on the research topic, drafting, editing and translating of the article;
K.G. Yazykov: processing of statistical data, drafting of the article;
A.A. Goncharova: psychopathological and psychometric examination of the sampling;
I.A. Mednova: psychopathological and psychometric examination of the sampling;
A.V. Semke: participation in the describing of the results;
S.A. Ivanova: design of the study;
N.A. Bokhan: final approval of the theme of the article.

Финансирование: Статья - исследование подготовлено в рамках темы НИР «Комплексное исследование клинико-психопатологических закономерностей и патобиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики», номер госрегистрации АААА-А19-119020690013-2.

Financing: The study was conducted as part of the research topic "Comprehensive study of clinical and psychopathological patterns and pathobiological mechanisms of the formation and progression of socially significant mental and behavioral disorders with the development of innovative methods of early diagnosis, personalized strategies for therapy and prevention", state registration number АААА-А19-119020690013-2.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 29.10.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 11.12.2020.

Для цитирования: Корнетова Е.Г., Герасимова В.И., Корнетов А.Н., Языков К.Г., Гончарова А.А., Меднова И.А., Семке А.В., Иванова С.А., Бокхан Н.А. Влияние когнитивных функций на уровень суицидального риска у больных шизофренией. *Суицидология*. 2020; 11 (4): 13-25. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-13-25

For citation: Kornetova E.G., Gerasimova V.I., Kornetov A.N., Yazykov K.G., Goncharova A.A., Mednova I.A., Semke A.V., Ivanova S.A., Bokhan N.A. Influence of cognitive functions on the level of suicide risk in patients with schizophrenia. *Suicidology*. 2020; 11 (4): 13-25. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-13-25 (In Russ)

НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ: ОБЩЕЕ И ОСОБЕННОЕ. Часть II¹

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

ADOLESCENTS NON-SUICIDAL SELF-INJURY: GENERAL AND PARTICULAR. Part II

Е.Б. Lyubov, P.B. Zotov

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Информация об авторах:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Information about the authors:

Lyubov Evgeny Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Place of work: Chief Researcher, Clinical and Preventive Suicidology Division, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: Russia, 107076, Moscow, 3/10 Poteshnaya str. Phone: +7 (495) 963-75-72, email: lyubov.evgeny@mail.ru

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work: Head of the Department of Oncology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str; Specialist of the Center for Suicidal Prevention of Regional Clinical Psychiatric Hospital. Address: Tyumen region, Vinzili, 19 Sosnovaya str. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

Во второй части обзора литературы обсуждены характеристики несуицидального поведения как части континуума самоповреждений на примере подростков, их характеристики, возрастной и гендерный аспекты, взаимосвязи с суицидальным и агрессивным поведением, бремя самоповреждений, место в психиатрических классификациях; особое внимание уделено рабочим критериям синдрома несуицидального самоповреждения DSM-4 -5 и их диагностической и клинической значимости.

Ключевые слова: несуицидальные самоповреждения, подростки, характеристики, способы, диагноз

Бритва врезается в тело, реки глубоки, кислота разъедает кожу, наркотики вызывают судорогу, оружие незаконно, верёвка рвётся, запах газа невыносим, поэтому стоит жить...

С. Кейсен «Прерванная жизнь»

The razor slams into the body, the rivers are deep, the acid eats the skin, drugs cause seizures, weapons are illegal, the rope breaks, the smell of gas is unbearable, so it's worth living ...

S. Keyesen "The Interrupted Life"

Характеристики СХ.

В онтогенетическом развитии человека СХ проявляются на ранних и поздних этапах развития, но имеют особенности, определяемые зрелостью психики. В историко-генетическом аспекте СХ проходят

Characteristics of SI.

In the ontogenetic development of a person, SI is manifested at the early and late stages of development, but they have features determined by the maturity of the psyche. In the historical and genetic aspect of SI, there are socio-

¹Часть I опубликована в журнале «Суицидология». 2020. Т. 11, № 3.

социобиологический, когнитивный и символический уровни [1]. СХ выступает способом реализации намерений.

Способы нСХ типичны и разнообразны: самопорезы или царапины острым предметом, вырезание слов или символов на коже, расчёсывание, ожоги спичками, сигаретами или горячими острыми предметами, самоизбиение [2, 3, 4].

Когда смотрю на тонкое запястье,
Немного трепеща от вида крови,
Весь громкий шум бушующей души
Становится отчётливо вдруг слышен.

Элизабет Б. Браунинг «Аврора Ли»

Наиболее распространены самопорезы ($\geq 70\%$ опрошенных) рук, ног, реже живота и груди [5, 6] острыми предметами.

Это лезвие предназначено для Её плоти ... Хобби – резьба по собственному телу. *Э. Елинек «Пианистка»*

... Тем же летом я начала резать себя и увлеклась этим едва ли меньше, чем своей новообретённой красотой. Мне безумно нравилось ухаживать за собой: вытру лужицу крови влажным полотенцем – и, как по волшебству, моему взгляду открывается вырезанное над пупком слово «тошно». Промокать тампоном со спиртом, оставляющим ворсинки ваты на липкой от крови коже, слово «нахально». В выпускном классе я увлеклась грязными словечками, которые позднее исправила. *Г. Флинн «Острые предметы»*

Так, самопорезы избраны 90% подростков с частыми СХ, пациентами московской психиатрической больницы, причём более 70% как единственной формой нСХ; наносились поперечно на тыльной и/или ладонной поверхности предплечий в виде череды параллельных неглубоких насечек, до 10 за раз, образуя характерный рисунок линейных шрамов [7].

Подростки понимают «безопасность» порезов.

Режу по воображаемым красным линиям, точно ребёнок. Смываю кровь. Всаживаю нож глубже. Смываю кровь. Мою нож отбеливателем, крадусь на кухню, кладу его на место. «Злость». Вот облегчение. Потом весь день обрабатываю раны. Ковыряю линии букв ватной палочкой, смоченной спиртом. Глажу себя по щеке, пока боль не утихнет. Примочка. Бинт. Повторяю процедуру. *Г. Флинн. Острые предметы*

Сравним.

Констанс Литтон, британская суфражистка, в тюрьме (в 40 лет) морила себя голодом и кормилась насильственно, булавкой намеревалась вырезать заметную всем надпись «Votes for Women» от груди к щеке, но после «V» над сердцем и испытав «удовлетворение ремесленника», попросила вату у надзирательницы во избежание заражения крови.

Нередки ожоги сигаретой, но можно сухим льдом, солнечными лучами [8]. Возможны самоизбиения (лидирует в ранжире нСХ Новой Зеландии): удары кулаком по голове, о стену до кровоподтеков, переломов костей, сотрясений мозга.

Я обычно как напьюсь,

biological, cognitive and symbolic levels [1]. SI acts as a way of implementing intentions.

NSSI methods are typical and varied: self-cuts or scratches with a sharp object, cutting out words or symbols on the skin, scratching, burning with matches, cigarettes or hot sharp objects, self-beating [2, 3, 4].

When I look at a thin wrist
A little trembling at the sight of blood
All the loud noise of a raging soul
Becomes suddenly audible.

Elizabeth B. Browning "Aurora Lee"

The most common SI is self-cutting with sharp objects ($\geq 70\%$ of respondents) of hands, feet, less often of the abdomen and chest [5, 6].

This blade is for Her flesh ... It's a hobby – to carve into her own body. *E. Jelinek "The Pianist"*

... That same summer I began to cut myself and was carried away with this hardly less than my newfound beauty. I really enjoyed taking care of myself: I wiped a pool of blood with a damp towel – and, as if by magic, the word "sick" carved above my navel opens up to my eyes. Blotting the word "impertinent" with a swab with alcohol that would leave cotton wool fibers on the skin sticky with blood. In my senior year, I got carried away with dirty words, which I later corrected. *G. Flynn "Sharp Objects"*

Thus, self-cuts were selected by 90% of adolescents with frequent SI, patients of a Moscow psychiatric hospital, for more than 70% of them it was the only form of NSSI; the cuts were applied transversely on the dorsum and / or palmar surface of the forearms in the form of a series of parallel shallow incisions, up to 10 at a time, forming a characteristic pattern of linear scars [7].

Teens understand the "safety" of such cutting.

I cut along imaginary red lines like a child. I wash away the blood. I push the knife deeper. I wash off the blood. I was the knife with bleach, sneaking into the kitchen, I put it back. "Anger". Here's a relief. Then I treat wounds all day. I pick the lines of the letters with a cotton swab dipped in alcohol. Stroking my cheek until the pain goes away. Lotion. Bandage. I repeat the procedure. *G. Flynn. "Sharp objects"*.

Let's compare.

Being in prison at the age of 40, Constance Lytton, a British suffragette, starved herself and was force-fed, intended to carve with a pin the noticeable inscription "Votes for Women" from chest to cheek, but after the "V" over her heart having experienced "the satisfaction of a craftsman" asked the guard for cotton wool to avoid blood poisoning.

Burns from a cigarette are not uncommon, but are possible to be made with dry ice or sunlight [8].

Self-beating is possible (it is the leader in

Головой о стенку бьюсь.
То ли вредно мне спиртное,
То ли просто возрастное.

И. Иртнев

Пустой стакан выпал из его рук и упал на ковер. Он снова сжал кулак, который, видимо, представлялся ему основным выразительным средством. Я приготовился отразить атаку, но он не стал наносить удара мне, а вместо этого принялся избивать себя, нанося удары по скулам, бровям, челюсти. Удары оставляли красные следы на его восковой коже. Из верхней губы брызнула кровь. – Я уничтожил свою маленькую девочку. Вышвырнул её из дома. Слезы хлынули из его глаз и потекли по лицу. Он упал на кушетку, но не умер. *Р. Макдональд «Холод смерти»*

Кусание рук, царапание или растирание кожи («мягкие нСХ») – самые частые, но с трудом объективизированы. Вместо (помимо) свежих порезов бегают струпья, препятствуя заживлению ран.

В такой редуцированной самоагрессии эмоционально награждаемые механизмы инстинктивного (груминг) поведения (подробнее о функции нСХ – в части I Обзора). Эмоция реализуется в нСХ, завершающем поведенческий гештальт и стабилизирующем состояние [7].

Парой штрихов бритвой режущий себя начинает процесс, в котором внутренняя болезнь устраняется и расчищается место исцелению ... Порез выпускает «дурную кровь», и ожог избавляет от зла и напряженности через сочащуюся серозную жидкость. Резатели сковыривают коросту, затягивая заживление, и волдырь [9].

СХ как биологическая реакция трансформируется в символическое действие, то есть интегрируется в индивидуально-личностные психологические образования. На символическом уровне СХ становится знаком, формой кодирования психологических содержания.

... первое слово, которое я вырезала в тринадцать лет, в один беспокойный летний день, – «злость». Проснувшись с утра, я не знала, чем себя занять, – мне было жарко и скучно. Как защитить себя от тревоги, когда впереди весь день – пустой и необъятный, как небо? Ведь всякое может случиться. Помню, я почувствовала это слово у себя на лобке, оно было тяжелым и немного липким. Мамин острый кухонный нож. Последнее слово, которое я вырезала на себе через шестнадцать лет после того, как начала этим заниматься, было «исчезните». *Г. Флинн «Острые предметы»*

Показательна и созвучна символическая трактовка СХ подростка в психозе.

Ведь кровь – жизнь. Вампиры пьют кровь, для того чтобы продлить своё полуживое существование, и во время причастия мы символически пьем кровь Христову, чтобы причаститься его страданий, смерти и воскресения. *А. Лавуенг «Завтра я всегда бывала львом»*

Кожа, «зеркало души», тонкая оболочка, приглашающая к физическим и психическим вторжениям. СХ обычно совершают наедине контролируемым или ритуаль-

New Zealand NSSI rankings): punches on the head, on the wall to bruises, bone fractures, concussions.

When I usually get drunk
I'm banging my head against the wall.
Either alcohol is harmful to me
Or I'm just getting older.

I. Irtnev

The empty glass fell out of his hands and fell onto the carpet. He clenched his fist again, which, apparently, seemed to him the main means of expression. I prepared to repel the attack, but he did not strike me, instead he began to beat himself, striking blows to the cheekbones, eyebrows, jaw. The blows left red marks on his waxy skin. Blood spurted from his upper lip. – I destroyed my little girl. Threw her out of the house. Tears gushed from his eyes and ran down his face. He fell onto the couch, but did not die. *R. MacDonald "Chill of Death"*

Biting hands, scratching or rubbing the skin ("soft NSSI") are the most common, but difficult to objectify.

Instead of (in addition to) fresh cuts, they would rear up scabs, preventing wounds from healing.

Such reduced self-aggression spurs emotional reward mechanisms of instinctive (grooming) behavior (for more details on this function of NSSI, see Part I of the Review). Emotion is realized in the NSSI, which completes the behavioral gestalt and stabilizes the state [7].

With a couple of strokes, cutting himself begins a process in which the internal illness is eliminated and a place for healing is cleared ... The cut releases "bad blood" and the burn relieves evil and tension through the oozing serous fluid. Cutters pick up the scab, delaying healing, and the blister [9].

SI as a biological reaction is transformed into a symbolic action, that is, it is integrated into individual-personal psychological formations. At the symbolic level, SI becomes a sign, a form of encoding psychological contents.

... the first word that I cut out at thirteen, on one hectic summer day, was "anger." Waking up in the morning, I did not know what to do with myself – I was hot and bored. How to protect yourself from anxiety when the whole day is ahead – empty and immense like the sky? Anything can happen. I remember feeling this word on my pubis, it was heavy and a little sticky. Mom's sharp kitchen knife. The last word I carved into myself, sixteen years after I started doing this, was "disappear." *G. Flynn "Sharp Objects"*.

The symbolic interpretation of SI by a teenager in psychosis is indicative and consonant.

After all, blood is life. Vampires drink blood in order to prolong their half-living existence, and during communion we symbolically drink the blood of Christ in order to partake of his suffering,

ным образом, оставляющим на коже рисунок. Я-кожа – исходный пергамент-палимпсест «исходного» довербального документа, выполненного позорными и нестираемыми символическими посланиями Сверх-Я [10].

Аналогия с наказаниями.

Адская машина гравировала готическими буквами на коже осуждённого статью кодекса, им нарушенную. *Кафка. «В исправительной колонии»*

Ещё апостол сказал: ему же урок – урок, ему же лоза – лоза... Цифра ноль – самая верхняя, она употребляется только в тех случаях, когда наказание носит лишь условный, так сказать, символический характер, при шести чувствуется уже значительная боль. Пределом для низших учебных заведений мы считаем силу удара, означенную делением десять, для средних – пятнадцать. *А.И. Куприн «Механическое правосудие»*

По прибытии в Аушвиц, пишет Примо Леви, клеймили даже новорождённых.

Подростки совершают нСХ в тайне от близких (узнают случайно и последними), если не преследуют демонстративно-шантажные цели, обрабатывают инструменты для самопорезов и раны во избежание «заражения крови».

В отделении экстренной помощи ни разу не видел, чтобы кто-то умер от вскрытия артерий на запястье: как правило, кровотечение из такой раны не является смертельно опасным. Единственный человек, который скончался от вскрытия лучевой артерии, помимо этого, смог вонзить нож себе в горло и повредить ещё сонную артерию. Ширина артерий на запястье не превышает двух-трех миллиметров, и, когда их разрезают, они часто закрываются сами, словно пытаясь защититься. Однако я видел сотни людей, которые пытались вскрыть себе артерии не с целью умереть, а чтобы продемонстрировать окружающим неприятие жизни, которую им приходится проживать. *Г. Френсис «Путешествие хирурга по телу человека»*

Аутоагрессивное поведение подростков сменяется «очищающим», согласно социобиологическому ритуалу инициации, смысл которого противоположен СП: через символическое возрождение взрослым [7].

Белоснежка очнулась от комы, выбралась из стеклянного гроба и, как бабочка, выпорхнувшая из куколки, почувствовала себя женщиной и приняла предложение принца. *Г.Френсис «Путешествие хирурга по человеческому телу»*

Она тщательно разворачивает многослойный пакет и достает бритву. Она всегда и повсюду носит её с собой. Она осторожно проверяет лезвие, острое, как и положено лезвию бритвы. Потом она несколько раз с силой проводит бритвой по тыльной стороне ладони, однако не слишком сильно, чтобы не перерезать жилы. Боли вообще не чувствуется. Металл входит в неё как в масло. *Э. Елинек «Пианистка»*

На секунду в мягкой ткани раскрывается узкая щель, словно в копилке, и потом наружу изливается с трудом укрощенная кровь. Всего она сделала четыре надреза. Этого достаточно, иначе она истечёт кровью. Она протирает

death and resurrection. *A. Lauweng "Tomorrow I was always a lion".*

Skin, the "mirror of the soul", is a thin shell inviting physical and mental intrusions. SI is usually performed in private in a controlled or ritual manner that leaves a pattern on the skin. The I-skin is the original parchment-palimpsest of the "original" pre-verbal document, executed with shameful and indelible symbolic messages from the Super-I [10].

There is an analogy with punishments.

The infernal machine engraves in gothic letters on the skin of the convict the article of the code, which he violated. *Kafka. "In the correctional colony".*

The apostle also said: a lesson for him is a lesson, a vine for him is a vine ... The number zero is the highest, it is consumed only in those cases when the punishment is only conditional, so to speak, symbolic, with six one already feels significant pain. For the lower educational institutions, we consider the force of impact indicated by division ten, for the middle ones – fifteen. *A.I. Kuprin "Mechanical justice".*

Upon arrival in Auschwitz, Primo Levi writes, even newborns were branded.

Adolescents commit NSSI secretly from loved ones (they find that out by chance and being the last to know), if they do not pursue demonstrative blackmail purposes, process tools for self-cutting and wounds in order to avoid "blood poisoning".

In the emergency room, I have never seen anyone die from opening up the wrist arteries: as a rule, bleeding from such a wound is not fatal. The only person who died from opening up the radial artery was also able to plunge a knife into his throat and damage the carotid artery. The arteries on the wrist are no more than two or three millimeters wide, and when cut open, they often close on their own, as if they are trying to defend themselves. However, I have seen hundreds of people who tried to open up their arteries not with the intention of dying, but to demonstrate to those around them that they did not accept the life they have to live. *G. Francis "The surgeon's journey through the human body".*

Auto-aggressive behavior of adolescents is replaced by "cleansing", according to the sociobiological ritual of initiation, the meaning of which is opposite to the SI: through symbolic revival of adults [7].

Snow White woke up from her coma, got out of the glass coffin and, like a butterfly that fluttered out of the bell, felt like she is a woman and accepted the prince's proposal. *G. Francis "The Surgeon's Journey through the Human Body".*

She carefully unfolds the layered bag and takes out a razor. She carries it with her always and everywhere. She carefully checks the blade is as sharp as a razor blade should be. Then several times she runs the razor along the back of her hand

бритью и снова прячет её в пакет. Алая кровь непрерывно течёт из ран и пачкает всё на своём пути. Кровь струится теплой и тихой струйкой, это даже приятно. Она такая жидкая, эта кровь. Она течёт непрерывно. Она всё вокруг окрашивает в красный цвет. Она течёт из четырёх надрезов, не останавливаясь. На полу и на постели четыре маленьких ручейка сливаются в стремительный поток. Следуй за слезой моей, до ручья дойдёшь скорей. Натекает маленькая лужа крови. А кровь всё течёт и течёт. Она течёт и течёт, течёт и течёт. Э. Елинек «Пианистка»

Самоотравления нелегко верифицировать. У подростка первое самоотравление суть нСХ (например, глотание пачки бабушкиных слабительных на глазах родителей, запретившими свидание с «плохим мальчиком»), а повторное – суицидальная попытка (отравление снотворными при разводе с тем же «плохим»).

Полсотни таблеток аспирина – это очень много, но выйти на улицу и лишиться там чувств, – это как убрать пистолет обратно в ящик. С. Кейсен «Прерванная жизнь»

Среди членовредителей «глотатели и вдыхатели» [11].

Гендерный аспект нСХ. Различия и в выборе методов нСХ: юные девы склонны к самопорезам запястий и бедер [12].

Так называемый «синдром резаных запястий» (wrist-cutting syndrome) [13], повторных нСХ молодых женщин с частыми ранними телесными заболеваниями и хирургическими вмешательствами, нарушениями менструального цикла. Сразу после эпизода нСХ описали неспособность справиться с чувствами беспомощности, агрессии. Они точно знали, что необходимо для реинтеграции: видеть определенное количество крови, чувствовать боль и видеть зияющую рану. Более того, у резчиц возникали непредсказуемые перепады настроения и деперсонализации, а после самореза они ощущали расслабление и реперсонализацию, что побудило назвать поведение «анти-суицидом» [14].

Юноши чаще наносят себе удары кулаком (самоизбиение) [15]. У дев риск СХ выше в 2-3 раза [16, 17]. Соотношение девочек и мальчиков с СХ 6:1 к 12-15 годам [18].

Интерпретация гендерных различий осторожна, так как в выборках чрезмерно представлены женщины. Возможно, больше юных дев в поле зрения специалистов, так как они традиционно легче признают эмоциональные и мотивационные аспекты нСХ как диагноза (см. далее) [19] и повода помощи [20].

Почти на 70% увеличено число дев 13-16 лет с СХ, с 460 до 770 на 100000 подростковой субпопуляции с 2011 по 2014 г. В США увеличение на 200% суицидов дев 10-14 лет за 40 лет [21, 22].

В современной выборке (отделение неотложной помощи, Сеул, Ю. Корея) женщины в среднем воз-

with force, but not too hard so as not to cut the veins. The pain is not felt at all. Metal enters it like butter. E. Jelinek "The Pianist".

For a second, a narrow gap opens in the soft tissue, as if in a piggy bank, and then hardly tamed blood pours out. She made four cuts in total. That's enough, otherwise she will bleed out. She wipes the razor and puts it back in the bag. Scarlet blood continuously flows from wounds and stains everything in its path. The blood flows in a warm and quiet trickle, it's even pleasant. It's so liquid, this blood. It flows continuously. It paints everything red. It flows from four cuts without stop. On the floor and on the bed, four small streams merge into a rushing stream. Follow my tear, you will reach the stream soon. There is a small pool of blood now. And the blood keeps flowing and flowing. It flows and flows, it flows and flows. E. Jelinek "The Pianist".

Self-poisoning is not easy to identify. For a teenager, the first self-poisoning attempt is NSSI (for example, swallowing a pack of grandmother's laxatives in front of the parents who have forbidden dating with the "bad boy"), and the second self-poisoning attempt is usually a suicide attempt (poisoning with sleeping pills during divorce from the same "bad boy").

Fifty aspirin pills are a lot, but going outside and fainting there is like putting a gun back in a drawer. S. Keysen "The Interrupted Life".

Among the self-mutilating people there are "swallowers and inhalers" [11].

Gender aspect of NSSI. There are differences in the choice of NSSI methods: young females tend to self-cut their wrists and hips [12].

There is identified the so-called "wrist-cutting syndrome" [13], which is repeated NSSI in young women with frequent early bodily illnesses and surgical interventions, menstrual irregularities. Immediately after the episode, they describe their NSSI as an inability to cope with feelings of helplessness, aggression. They knew exactly what was needed for reintegration: seeing a certain amount of blood, feeling pain, and seeing a gap wound. Moreover, the incisors experienced unpredictable mood swings and depersonalization, and after self-cutting they felt relaxation and repersonalization, which led to calling that type of behavior "anti-suicide" [14].

Young men, on the other hand, more often strike themselves with punches (self-beating) [15]. The risk of SI is 2-3 times higher for females rather than males [16, 17]. The ratio of girls and boys with SI is 6:1 by the age of 12-15 [18].

The interpretation of gender differences should be careful, as women are overrepresented in the samples. Perhaps, there are more young females being observed by specialists, as they traditionally are more likely to recognize the

расте 34 года (мужчины – 50 лет) составили почти 65%, но среди совершающих самопорезы повторно – 85%; все пациенты употребляли ПАВ до СХ, что не влияло на тяжесть самопорезов (ожидаемо – более у мужчин); 41% страдали психическими расстройствами, более $\frac{3}{4}$ – аффективными. У 71% пострадала лишь кожа левого запястья (88%) [23].

Показана роль сухожилий, защищающих нервно-сосудистые структуры от дальнейших разрезов. К сожалению, не известен возраст начала нСХ.

В большой клинической выборке подростков и молодых сходные характеристики нСХ и результаты лечения мужчин и женщин. У первых, однако, менее выражены корреляты нСХ (психопатология, СП), подчеркивая необходимость скрининга риска нСХ мужчин. Лечение полезно для мужчин и для женщин [24].

Связи и различия нСХ и СП

Сама боль есть лишь следствие воли к страсти, к разрушению, к уничтожению, в высшей своей форме она является страстью особого рода. Эрика с удовольствием шагнула бы за черту, за которой лежит возможность убийства её самой. Э. Елинек «Пианистка»

По определению, нСХ совершают без суицидальных намерений. Тем не менее, нСХ и СП с разными намерениями и функциями часто сочетаны в неклинических и клинических выборках обоих полов в любом возрасте [25], и подростков, в частности [26].

нСХ – сильный долгосрочный предиктор СП, сильнее связи суицидальные мысли и собственно СП [27].

Так, многие подростки, совершая нСХ, время от времени подумывают и о самоубийстве. нСХ и СП пересекаются осмысленными и нетривиальными способами. Многие совершающие нСХ отрицают СП [28] и, напротив, сообщающие о СП не совершают нСХ. Большинство участвующих в нСХ одобряют поведение, чтобы регулировать эмоции [29].

«Проклятый вопрос» суицидологии: почему одни подростки выбирают нСХ, а другие СП.

Но если ты готов оказаться на волосок от смерти, просто чтобы позвать на помощь, – значит, что-то идёт не так. Или ты не пробовал по-настоящему громко крикнуть, или вокруг тебя все слепы, глухи и тупы. Тогда, выходит, это не просто зов на помощь, но мольба: примите меня всерьёз! Вопль: "Мне так больно, что мир должен раз в жизни притормозить ради меня!" Вопрос в том, что дальше. Ну, остановится мир, взглянет, как ты лежишь, весь в бинтах или под капельницей, и скажет: "Хорошо, я тебя слушаю". Большинство не знает, что делать, когда добьёшься своего. Так что цель явно не оправдывает средства. Особенно если попытка вдруг оказывается удачной. Нил Шустерман «Бездна Челленджера»

Нет пока простого или сложного алгоритмов, точно различающих группы нСХ и СП. Маловероят-

emotional and motivational aspects of NSSI as a diagnosis (see below) [19] and a reason for help [20].

The number of females aged 13-16 with SI increased by almost 70%, from 460 to 770 per 100,000 adolescent subpopulation from 2011 to 2014. In the USA, there is a 200% increase in suicides of females aged 10-14 in the last 40 years [21, 22].

In the modern sample (emergency department, Seoul, South Korea), women at the average age of 34 (for men it is 50) accounted for almost 65% of NSSI cases, and among those who make self-cut repeatedly they accounted for 85% of cases; all patients used surfactants before SI, which did not affect the severity of self-cuts (as expected, this is more typical for men); 41% suffered from mental disorders, more than $\frac{3}{4}$ had an affective disorder. In 71%, only the skin of the left wrist was affected (88%) [23].

The role of tendons protecting the neurovascular structures from further incisions is shown. Unfortunately, the age of the onset of NSSI is not known.

In a large clinical sample of adolescents and young adults, the characteristics of NSSI and the results of treatment in men and women are similar. In the former, however, the correlates of NSSI (psychopathology, SI) are less pronounced, emphasizing the need to screen for the risk of NSSI in men. Treatment works well for both men and women [24].

Relationships and differences between NSSI and SB.

Pain itself is only a consequence of the will to passion, to destruction, to annihilation, in its highest form it is a passion of a special kind. Erica would gladly step beyond the line, beyond which there lies the possibility of killing herself. E. Jelinek "The Pianist".

By definition, NSSI is performed without suicidal intent. Nevertheless, NSSI and SB with different intentions and functions are often combined in nonclinical and clinical samples of both sexes at any age [25], especially adolescents [26].

NSSI is a strong long-term predictor of SB outrun only by the connection between suicidal thoughts and SB [27].

So, many adolescents committing NSSI think about suicide from time to time. NSSI and SB intersect in meaningful and non-trivial ways. Many people who commit NSSI actually deny SB [28] and, on the contrary, those who report SB do not perform NSSI. Most of those participating in NSSI approve of that type of behavior as regulating their emotions [29].

The "damned question" of suicidology goes why do some adolescents choose NSSI, while others choose SB.

но, чтобы единственный фактор или небольшой набор необходимы и достаточны для различения участвующих в нСХ и попытке самоубийства.

Предикторы нСХ и СП.

Мета-анализы показали, что известные факторы и простые их комбинации недостаточны (точность немного выше вероятностных уровней) для точного прогнозирования нСХ и разграничения групп нСХ и СП [30]. Но и сложные алгоритмы с изощрённой статистической обработкой недостаточны (не нужны?) для высокоточного прогнозирования или классификации нСХ [31, 32].

Исследования связаны с выявлением простых или сложных комбинаций факторов, точно классифицирующих (прогнозирующих или вызывающих) нСХ и СП в выборках. Мы должны показать, что данный алгоритм является достаточным и необходимым для большого количества образцов (в идеале для разных возрастов, культур). Исследования не смогли обнаружить необходимый и достаточный алгоритм в пределах одной выборки, что вызывает серьёзные сомнения относительно алгоритма применительно ко всем или большинству выборок. Наиболее правдоподобно, что причины, предикторы и корреляты сСХ мыслей и поведения сложны, и исследователям и клиницистам полезно принять эту сложность.

Причины, предикторы и корреляты СХ сложны, подобно большинству иных психологических явлений, на уровне биопсихосоциальных факторов, например, эмоций [33], не определены, но не случайны. Закономерности вряд ли чувствительны или специфичны для СХ. Неопределённость делает невозможным формирование простой или сложной теорий СХ, снижает точность алгоритмов прогнозирования в выборках и эффективность вмешательств, нацеленных на конкретные факторы риска.

Изучению СХ способствует переход на уровень психологических примитивов (psychological primitives), отличном от биопсихосоциальных факторов. Психологические примитивы служат фундаментальными элементами разума, не сводимые ни к чему другому [34].

Психологические феномены (поведение) возникают, когда человек пытается осмыслить внутренние и внешние стимулы на основе концептуальных знаний (предшествующего опыта). Концепция гнева у каждого неоднородна (множество примеров «гнева») и уникальна. Мета-анализы показывают, что для гнева или каких-либо других эмоций нет нервной или физиологической сигнатуры [35], а ассоциации биопсихосоциального фактора с гневом сложны [36].

Концепция гнева может быть нарушена семантическими техниками насыщения, что усложняет людям

But if you are ready to be on the verge of death, just to call for help, then something is going wrong. Either you haven't really tried to scream loudly, or everyone around you is blind, deaf, and dumb. Then, it turns out, this is not just a call for help, but a plea: take me seriously! Shout: "It hurts so much that the world should slow down once in a lifetime for me!" The question is what's next. Well, the world will stop, look how you are lying, all in bandages or under a drip, and say: "Okay, I'm listening to you." Most don't know what to do when you get it. So the end clearly does not justify the means. Especially if the attempt is suddenly successful. *Neil Schusterman "Challenger Abyss"*.

So far, there is no simple or complex algorithms that accurately distinguish between the NSSI and SB groups. It is unlikely that a single factor or a small set is necessary and sufficient to distinguish between those involved in NSSI and a suicide attempt.

NSSI and SB predictors.

Meta-analyzes have shown that the known factors and their simple combinations are insufficient (the accuracy is slightly higher than the probabilistic levels) for accurate prediction of NSSI and differentiation of NSSI and SB groups [30]. But even complex algorithms with sophisticated statistical processing are insufficient (are they really needed?) for high-precision forecasting or classification of NSSI [31, 32].

Studies are concerned with identifying simple or complex combinations of factors that accurately classify (predict or cause) NSSI and SB in samples. We must show that this algorithm is sufficient and necessary for a large number of samples (ideally for different ages, cultures). The studies were unable to find the necessary and sufficient algorithm within one sample, which raises serious doubts about the algorithm for all or most of the samples. Most plausibly, the causes, predictors, and correlates of NSSI thoughts and behavior are complex, and it is helpful for researchers and clinicians to accept this complexity.

The causes, predictors and correlates of SI are complex, like for the majority of other psychological phenomena, at the level of biopsychosocial factors, for example, emotions [33], even though they are not determined, they are not random. The patterns are unlikely to be sensitive or SI-specific. Uncertainty makes it impossible to form simple or complex SI theories, reduces the accuracy of forecasting algorithms in samples and the effectiveness of interventions aimed at specific risk factors.

The study of SI is facilitated by the transition to the level of psychological primitives, which is different from biopsychosocial factors. Psychological primitives serve as fundamental elements of the mind, not reducible to anything

возможность испытывать гнев и идентифицировать сердитые, испуганные или грустные лица.

Побочные эффекты мотивированы аллостазом (предсказанием соответствия ожидаемых метаболических издержек поведения преимуществам). Если данное поведение способствует аллостазу эффективнее любого другого, человек включается в такое поведение.

нСХ и СП понятнее с точки зрения концепций (подростков) способствования аллостазу; они необходимы, но не достаточны для возникновения СХ. Поэтому у детей ≤ 12 лет с незрелыми концепциями СХ [37, 38, 39] низкий уровень СХ и СП [40].

По мере того, как эти концепции созревают в раннем подростковом возрасте, уровни СХ и СП резко возрастают.

Концептуализация, что СХ способствует аллостазу эффективнее любого другого поведения в данный момент, необходима и достаточна для объяснения причины СХ поведения. Отторжение, стресс и боль, практически не влияют на самоубийство в условиях виртуальной реальности, но концептуализация аллостатических последствий (самоубийство поможет избежать стресса, боли¹ или получить вознаграждение), оказывает причинное влияние на самоубийство [41, 42].

Чем выше вероятность вознаграждения или избегания наказания (поощрения аллостаза), более риск СП [43].

Гипотезы СХ сосредоточены на том, как люди разрабатывают концепции СХ и как приходят к кратковременной концептуализации, что СХ способствует аллостазу. Усилия по прогнозированию СХ сосредоточены на том, как люди осмысливают потенциальные последствия СХ (обеспечение основных аллостатических выгод по сравнению с затратами). Вмешательства направлены на разрушение концепций СХ и изменения сальдо относительных затрат и выгод СХ. Клинически возможна выгода из разработки примитивов. методы прогнозирования и предотвращения нСХ и СП

Сложные различия людей с нСХ и совершающими попытку самоубийства взрослыми (≥ 18 лет) [44].

Переход от биопсихосоциальных факторов к психологическим примитивам учитывает сложность биопсихосоциального фактора, предоставляя объяснение СХ мыслям и поведению, достаточно простое для развития теории, предсказания и лечения.

Непреднамеренные травмы подразделены на виды (дорожно-транспортные происшествия, отравления, падения). Показана связь нСХ и СП, причём СП

else [34].

Psychological phenomena (behavior) arise when a person tries to comprehend internal and external stimuli based on conceptual knowledge (previous experience). The concept of anger is different for everyone (there are many examples of "anger") and is unique. Meta-analyses show that there is no neural or physiological signature for anger or any other emotion [35], and the associations of the biopsychosocial factor with anger are complex [36].

The concept of anger can be disrupted by semantic satiety techniques, which makes it difficult for people to feel angry and identify angry, frightened, or sad faces.

Side effects are motivated by allostasis (predicting the correspondence of the expected metabolic costs of behavior to benefits). If this behavior promotes allostasis more effectively than any other, the person is involved in such behavior.

NSSI and SB are more understandable from the point of view of the concepts (adolescents) of promoting allostasis; they are necessary, but not sufficient for the occurrence of SI. Therefore, children younger 12 years of age with immature concepts of SI [37, 38, 39] have low levels of SI and SB [40].

As these concepts mature in early adolescence, levels of SI and SB rise dramatically.

The conceptualization that SI promotes allostasis more effectively than any other behavior at a given moment is necessary and sufficient to explain the cause of SI behavior. Rejection, stress and pain have virtually no effect on suicide in virtual reality, but the conceptualization of allostatic consequences (suicide will help to avoid stress, pain, or receive a reward) has a causal effect on suicide [41, 42].

The higher is the probability of reward or avoidance of punishment (rewarding allostasis), the higher is the risk of SB [43].

SI hypotheses focus on how humans develop SI concepts and how they arrive at the short-term conceptualization that SI promotes allostasis. Efforts to predict SI are focused on how people make sense of the potential consequences of SI (providing major allostatic benefits versus costs). Interventions are aimed at destroying SI concepts and changing the balance of relative SI costs and benefits. It is clinically possible to benefit from the development of primitives.

Methods for predicting and preventing NSSI and SB.

There are differences between adults (≥ 18 years of age) committing NSSI and suicide attempt [44].

¹Поток сознания уже не подростка Анны Карениной в суицидальном кризисе с рефреном «Избавиться от того, что беспокоит».

и непреднамеренные травмы объединены в один класс [45].

нСХ увеличивает риск попытки самоубийства [40, 46], а суицидальные мысли предшествуют началу нСХ [46]. Суицидальные мысли у каждого четвертого-пятого молодого при пожизненной распространённости 3-9% суицидальных попыток несовершеннолетних [47]. У совершивших нСХ, особо повторных, повышен риск суицидальных мыслей (отношение шансов 3) и попыток самоубийств (отношение рисков 2). нСХ служит «воротами» СП, разрушая естественные тенденции самосохранения [15], особо в долгосрочной перспективе [48].

Около 70% подростков с нСХ сообщили о суицидальных попытках в течение жизни, а более 1/2 (55%) – неоднократных [40]. При этом суицидальные мысли (отношение рисков 5) и попытки (отношение риска 9) выше у наносящих СХ, особо повторные [16].

Подростки думали о самоубийстве до нСХ, предшествующему первой попытке [46]; у подростков с нСХ повышен риск суицидальных мыслей (отношение шансов 2,95) [49] и суицидальных попыток (отношение рисков 2) [50].

Характеристики нСХ, связанные с попытками самоубийства, следующие: «хронификация» нСХ, разнообразные методы («подбор» смертельного?) и отсутствие физической боли [4, 5], возможно, депрессивной природы.

Так, нСХ – надёжный предиктор суицидальной попытки (депрессивных) подростков [51]. После нСХ увеличен риск суицида подростков и молодых. Самоубийство, по данным ВОЗ, – ведущая причина смерти в 10-19 лет в странах с низким и средним уровнем дохода и вторая по распространенности причина – в странах с высоким уровнем дохода в Европейском регионе [51, 52]. У 50-60% жертв суицида история нСХ, требуя психиатрического наблюдения во избежание неблагоприятных результатов [53].

Несмотря на десятилетия мероприятий по предотвращению самоубийств, уровни суицидов (УС) детей и подростков США 10-19 лет вырос на 56% за 2007-2016 гг. В 2017 г. 17% учащихся «всерьёз раздумывали» о попытке самоубийства; 14% – планировали самоубийства, а 7% совершали ≥ 1 попытку [54].

В Национальной когорте (более 32000) пациентов программы Medicaid 12-24 лет 12-месячный стандартизированный коэффициент самоубийств после СХ, включая суицидальные попытки, выше у подростков (46%), чем у молодых (19%) [55].

У подростков с СХ вдвое выше риск суицида, чем в старшем возрасте. Более 2/3 суицидам подростков и молодых 12-26 лет не предшествовали суици-

The shift from biopsychosocial factors to psychological primitives takes into account the complexity of the biopsychosocial factor, providing an explanation of SI thoughts and behavior that is simple enough for theory development, prediction, and treatment.

Unintentional injuries are divided into types (road traffic accidents, poisoning, falls). The relationship between NSSI and SB has been shown, with SB and unintentional injuries being combined into one class [45].

NSSI increases the risk of attempted suicide [40, 46], and suicidal thoughts precede the onset of NSSI [46].

Every fourth or fifth young person has suicidal thoughts, and a lifetime prevalence of suicidal attempts by minors reaches 3-9% [47].

Those who have committed NSSI, especially repeated ones, have an increased risk of suicidal thoughts (odds ratio 3) and suicide attempts (odds ratio 2).

NSSI serves as a “gateway” to the SB, destroying the natural tendencies of self-preservation [15], especially in the long run [48].

About 70% of adolescents with NSSI reported suicidal attempts during their lifetime, and more than 1/2 (55%) had repeated attempts [40]. At the same time, suicidal thoughts (odds ratio 5) and attempts (odds ratio 9) are higher in those prone to SI, especially its repeated forms [16].

The adolescents contemplated suicide prior to the first attempt of NSSI [46]; adolescents with NSSI have an increased risk of suicidal thoughts (odds ratio 2.95) [49] and suicidal attempts (odds ratio 2) [50].

The characteristics of NSSI associated with suicide attempts are as follows: repeatedness (“chronicity”) of NSSI, various methods (trying to choose the fatal one?) and the absence of physical pain [4, 5], possibly of a depressive nature.

Thus, NSSI is a reliable predictor of suicide attempts by (depressed) adolescents [51]. After NSSI, the risk of suicide in adolescents and young people is increased. Suicide, according to WHO, is the leading cause of death at the age of 10–19 in low- and middle-income countries and the second most common cause of death in high-income countries in the European Region [51, 52]. 50-60% of suicide victims have a history of NSSI, requiring psychiatric supervision to avoid adverse outcomes [53].

Despite decades of suicide prevention efforts, suicide rates (S) in US children and adolescents aged 10-19 rose 56% over 2007-2016. In 2017, 17% of students “seriously considered” attempting suicide; 14% planned to commit suicide, and 7% made ≥ 1 attempt [54].

дальние попытки, но СХ и даже мысли о СХ повышают риск (соотношение шансов 22,5) суицидальной смерти [55] более, чем полагалось ранее. Суицидальные попытки и сами связаны с предыдущими СХ (соотношение шансов 3,5).

В группе особо высокого риска суицида изначально использовавшие жестокие методы, как огнестрельное оружие [55], когда отличие нСХ от суицидальной попытки (абортного суицида) затруднено. Риск суицида в первый год после нСХ с тяжелыми медицинскими последствиями (требующими стационарного лечения) до 66 раз выше, чем в общем населении [56], причём нарастает в течение 15-летнего катамнеза у женщин и мужчин. Возможно, риск суицида госпитализированных увеличен в 50 раз [53]. Мета-анализ показал, что среди 12-26 летних самоубийства тесно связаны с нСХ (отношение шансов 22,5) [57].

Дети и подростки с СХ в 17 раз вероятнее погибнут от суицида [21].

Двунаправленная временная связь нСХ и попыток самоубийств объяснена общим диатезом [58].

нСХ служат фактором риска СП [51, 59, 60, 61].

У наносящих СХ вероятность самоубийства в течение 12 месяцев в 50-100 раз выше, чем у не причиняющих себе вреда [62].

СХ, требующее медицинской госпитализации, указывают особо высокий риск суицида подростков обоих полов и молодых взрослых женщин.

Выбор brutального метода нСХ подростками 10–17 лет национальной когорты (Швеция, 2000-09 гг.), госпитализированных в связи с медицинскими последствиями нСХ связано с 8-кратным ростом риска самоубийств обоих полов по сравнению с самоотравлениями. Используя жестокие методы нСХ, вероятнее лечены в психиатрических больницах [63].

Риск суицида в течение 12 месяцев после попытки 1,6 и 4% после 5 лет [64]. У дев выше риск суицидов при СХ, они в 50 раз чаще пытались покончить с собой [17].

Самоубийство является неким видом предумышленно-го убийства. Это нечто такое, чего не делаешь сразу же, как только об этом подумаешь. Нужно ещё привыкнуть к этому намерению. Опять же, необходимы средства, сильная мотивация и подходящий случай. Чтобы самоубийство закончилось успешно, необходимы великолепная организация и трезвое мышление – но именно это ни коим образом не свойственно распалённому воображению самоубийцы. С. Кейсен «Прерванная жизнь»

Раннее вмешательство и профилактические программы снижают тяжесть медицинских последствий СХ и риск СП [65].

Распространённость попыток самоубийств в течение жизни у 1,3-3,8% мальчиков и 1,5-10% девочек,

In the National Cohort (over 32,000) Medicaid patients aged 12–24, the 12-month standardized suicide rate after SI, including suicide attempts, is higher in adolescents (46%) than in young people (19%) [55].

Adolescents with SI have twice as high the risk of suicide than older ones. More than 2/3 of suicides in adolescents and young people aged 12-26 were not preceded by suicidal attempts, but SI and even thoughts about SI increase the risk (odds ratio 22.5) of suicidal death [55] more than history of ideation does. Suicidal attempts are themselves associated with previous SI (odds ratio 3.5).

In the group with a particularly high risk of suicide, those who initially used cruel methods like firearms [55], it is difficult to tell the difference between NSSI and a suicidal attempt (aborted suicide). The risk of suicide in the first year after NSSI with severe medical consequences (requiring hospital treatment) is up to 66 times higher than in the general population [56], and it increases during the 15-year follow-up in women and men. It is possible that the risk of suicide in hospitalized patients is increased 50 times [53]. A meta-analysis has shown that among 12–26 year olds, suicide is closely associated with NSSI (odds ratio 22.5) [57].

Children and adolescents with SI are 17 times more likely to die from suicide [21].

The bi-directional temporal relationship between NSSI and suicide attempts is explained by a common diathesis [58].

NSSI serve as a risk factor for SB [51, 59, 60, 61].

Those who commit SI are 50–100 times more likely to commit suicide within 12 months than those who do not harm themselves [62].

SI requiring medical hospitalization indicates a particularly high risk of suicide in adolescents of both sexes and young adult women.

The choice of the brutal NSSI method by adolescents aged 10–17 from the national cohort (Sweden, 2000–09) hospitalized due to the medical consequences of NSSI is associated with an 8-fold increase in the risk of suicide of both sexes compared to self-poisoning. Those choosing brutal NSSI methods are more likely to be treated in psychiatric hospitals [63].

The risk of suicide within 12 months after the attempt is 1.6% and 4% after 5 years [64]. Females have a higher risk of suicide in case of SI, they tried to commit suicide 50 times more often [17].

Suicide is a form of premeditated murder. It's something that you don't do as soon as you think about it. You still need to get used to this intention. Again, you need funds, strong motivation, and the right opportunity. For suicide to end successfully, you need great organization and sober

чаще у дев – старших подростков [66].

Попытки с медицинскими последствиями, возможно, составляют не более 1-3% от всех, но реальное их число занижено, поскольку большинство не обращается за медицинской помощью, попытки неточно задокументированы [66]. В клинических выборках суицидальные попытки старших подростков обычно повторные с удлинением интервала. Повторное СП (более продуманное и brutальное) может быть предвестником самоубийства.

Мысли о СХ могут предшествовать «истинному» СП, а СХ или попытки самоубийства – самоубийству.

нСХ сильный предиктор СП [67]. На 50-100 суицидальных попыток или СХ подростка приходится суицид [68, 69].

Шрамы безлики. Они совсем не такие, как обычная кожа. Они не выдают ни возраста, ни болезни, ни бледности, ни загара. На них нет волосков, нет морщин. И пор в них тоже нет. Они как чехол: защищают и скрывают то, что под ними. Потому мы ими и обрастаем – нам есть что скрывать. *S. Keyesen «Прерванная жизнь»*

Смешивание СП и нСХ ведёт к неточной концептуализации случая, оценке риска, лечению и необоснованной (психиатрической) госпитализации [8].

Со временем характерно нанесение более глубоких и продольных порезов с целью умереть; присоединение заведомо смертельных методов (чаще лекарственное самоотравление) или сочетание методов [7].

нСХ возможны вне психиатрической коморбидности [70].

Мужчины типично чаще погибают от самоубийств, но УС подростков мужского и женского пола с 2007 г. снижаются, и число самоубийств дев-подростков приближается к показателям сверстников противоположного пола [71]. Более трети подростков с суицидальными мыслями реализуют их в суицидальных попытках.

Классифицировать нСХ исключительно как критерий ПРЛ означает отрицание клинического значения первого вне контекста психического расстройства [8]. Различия найдены меж подростками, совершающими СХ с и без СП (например, [72]).

Таким образом, нСХ и СП могут быть контролированы независимо друг от друга и лечения, например, депрессии [73].

Игнорирование намерения при описании СХ может привести к переоценке распространённости попыток самоубийства и помешать правильной идентификации конкретных факторов риска для соответствующего поведения. Связь нСХ и СП сложная с нюансировкой, но общее согласие в отличиях нСХ и СП на основе различий намерений, летальности, методов, распространённости, частоте и функций [74].

thinking – no way is it characteristic of the heated imagination of a suicide attempter. *S. Keyesen "The Interrupted Life"*

Early intervention and preventive programs reduce the severity of the medical consequences of SI and the risk of SB [65].

The prevalence of suicide attempts during lifetime is 1.3-3.8% for boys and 1.5-10% for girls, it is more often typical for females at later adolescence [66].

Attempts with medical consequences, perhaps, account for no more than 1-3% of all, but their real number is underestimated, since the majority do not seek medical help, attempts are inaccurately documented [66]. In clinical samples, suicidal attempts of older adolescents are usually repeated with an extension of the interval between them. Repeated SB (more thoughtful and brutal) can be a harbinger of suicide.

Thoughts about SI may precede "true" SB, and SI or attempted suicide may precede the actual suicide.

NSSI is a strong predictor of SB [67]. A suicide is made over 50-100 suicide attempts or SI of a teenager [68, 69].

The scars are faceless. They are not at all the same as regular skin. They do not depict age, illness, pallor, or sunburn. They have no hairs, no wrinkles. And there are no pores in them either. They are like a cover: they protect and hide what is under them. Therefore, we are overgrown with them – we have something to hide. *S. Keyesen "The Interrupted Life"*

Thinking SB and NSSI are the same leads to inaccurate case conceptualization, risk assessment, treatment, and unnecessary (psychiatric) hospitalization [8].

With time it is common to make deeper and longer cuts in order to die; the addition of known lethal methods (more often drug self-poisoning) or a combination of methods [7].

NSSI are possible outside psychiatric comorbidity [70].

Men are typically more likely to die from suicide, but SR of male and female adolescents has been declining since 2007, and the number of suicides of adolescent girls is approaching that of peers of the opposite sex [71]. More than a third of adolescents with suicidal thoughts transform them into suicide attempts.

To classify NSSI exclusively as a criterion for BPD means denying the clinical significance of the former out of the context of a mental disorder [8]. Differences were found between adolescents performing SI with and without SB (for example, [72]).

Thus, NSSI and SB can be controlled independently of each other and treatment, for example, depression [73].

Ignoring intent when describing SI can lead

В длительном исследовании нСХ служит предиктором СП подростков [75], и высокая сочетанность понятна в свете нСХ, увеличивающего риск СП. Не менее 40% совершающих СХ размышляют о самоубийстве, нанося себе рану, и 50-85% травмирующих себя пытались покончить жизнь самоубийством хотя бы раз в жизни [76].

Психологическое воздействие нСХ отличает его от попыток самоубийства, поскольку связано с облегчением отрицательных эмоций и усилением положительного воздействия. Напротив, попытки самоубийства могут привести к более депрессивным симптомам и СП из-за стресса [76].

Хотя нСХ не является попыткой самоубийства как таковой. Тем не менее, это увеличивает риск самоубийства. Факторы риска самоубийства включают историю нСХ, чувство отталкивания жизнью, влечение к смерти, бесстрашие перед самоубийством или смертью и самокритичность, апатия без адекватной поддержки семьи.

В клинических исследованиях 69-83% подростков и молодых с нСХ расстройством сообщили о попытках самоубийства, причём ¼ в течение последнего месяца [19]. Среди подростков из неклинических выборок, соответствующих нСХ расстройству, 20% сообщили, по крайней мере, что один из эпизодов СХ в прошлом году была попыткой самоубийства [19].

Агрессия

Дети иногда жестоки оттого, что сами несчастны. Г.Флинн «Острые предметы»

Недостаточно изученные взаимосвязи ауто- и гетероагрессивного поведения особо очевидны при изучении контингентов пенитенциарных заведений несовершеннолетних с большой долей психопатологической коморбидности (см. части I и III Обзора). За фасадом нСХ подростка бессознательная агрессивность вследствие потребности в зависимости при отсутствии надзора и должного (не маргинально признанного) авторитета.

Пристыдить можно только тех, у кого есть совесть. Наказать можно только тех, у кого есть надежды или привязанности, кому не всё равно, что о них думают. По-настоящему наказать можно только тех, в ком есть хоть малая толика добра. Л. Шривер «Мы должны поговорить о Кевине»

Бремя СХ – серьёзная медицинская проблема, и совершающие их неоднократно могут быть оставлены с постоянным повреждением и инвалидностью.

СХ вызывают осложнения, в том числе: ухудшение чувства стыда, вины и низкой самооценки; инфекция, как от ран, так и от обмена инструментами. Постоянные шрамы или уродство; тяжёлая, возможно

to overestimation of the prevalence of suicide attempts and prevent the correct identification of specific risk factors for the respective behavior. The relationship between NSSI and SB is complex with nuances, but there is general agreement in the differences between NSSI and SB based on differences in intentions, lethality, methods, prevalence, frequency and functions [74].

In a long-term study, NSSI serves as a predictor of SB in adolescents [75], and their strong correlation is understandable in the perspective that NSSI increases the risk of SB. At least 40% of those who commit SI think about suicide, inflicting a wound on themselves, and 50-85% of those who traumatize themselves have tried to commit suicide at least once in their lives [76].

The psychological impact of NSSI distinguishes it from suicide attempts, since it is associated with the relief of negative emotions and the enhancement of positive impact. In contrast, attempted suicide can lead to more depressive symptoms and stress-related SB [76].

Although NSSI is not the same as a suicide attempt per se. However, it increases the risk of suicide. Risk factors for suicide include a history of NSSI, a sense of repulsion with life, a desire for death, fearlessness of suicide or death, and self-criticism, apathy without adequate family support.

In clinical studies, 69-83% of adolescents and young people with NSSI disorder reported attempted suicide, and ¼ did it within the last month [19]. Among adolescents from nonclinical samples corresponding to NSSI disorder, 20% reported at least one episode of SI in the past year was a suicide attempt [19].

Агрессия

Children are sometimes cruel because they themselves are unhappy. G. Flynn "Sharp Objects"

The fact that interrelationships between auto- and heteroaggressive behavior are insufficiently studied can become especially evident when studying the contingents of penitentiary institutions for juveniles with a high proportion of psychopathological comorbidity (see parts I and III of the Review). Behind the facade of the adolescent's NSSI is unconscious aggressiveness due to the need for dependence in the absence of supervision and proper (not marginalized) authority.

Only those with a conscience can be shamed. You can only punish those who have hopes or attachments, who care what people think of them. Only those in whom there is at least a little bit of good can be truly punished. L. Schriever "We Should Talk About Kevin"

The burden of SI is a serious medical problem, and those who commit it may be left permanently injured and disabled repeatedly.

смертельная травма; Ухудшение основных проблем и нарушений без лечения должным образом.

Связан с риском психических расстройств, суицидального поведения (СП) и иных неблагоприятных последствий, как академическая неуспешность и преждевременная смерть из-за рискованного поведения [18, 53, 77].

Иногда острые предметы остаются под кожей и требуют хирургических манипуляций.

Разделение СХ по тяжести последствий достаточно условно, так как лёгкие нСХ могут достигать степени тяжелых вследствие многократности эпизодов, инфицирования, случайного травмирования жизненно важных структур. Тяжёлые СХ приводят к калечению, инвалидизации, грубому анатомо-физиологическому дефекту, утрате существенных функций вплоть до гибели вследствие болевого и гемодинамического шока, гнойных осложнений. СХ могут быть разделены на разовые и повторные (многократные), психотические и непсихотические.

Лёгкие СХ не наносят заметного ущерба здоровью, не оставляют видимых последствий, не нарушают социальное функционирование; умеренные СХ ведут к умеренному анатомо - физиологическому ущербу без явной угрозы для жизни; тяжёлые – наносят очевидный анатомо-физиологический ущерб, грубо нарушают существенные или жизненно важные структуры, оставляют неустраняемые последствия [78].

СХ – ведущие причины госпитализаций подростков в многопрофильные больницы, но малая доля прибегающих к НС подростков обращается за психологической и психиатрической помощью [18].

Каждый десятый подросток 12-17 лет наносит СХ, но менее половины обращается за помощью [20].

В большой выборке (почти 4700 пациентов с СХ 10-24 лет, застрахованных в Medicaid или с коммерческой страховкой) 70% женщин. Более 70% лечились от сопутствующих заболеваний (50% от депрессии) ≤ 1 года, предшествующего СХ. Самоотравление наиболее распространено (60%). Более $\frac{1}{2}$ (52%) ≥ 1 раза лечились в отделениях неотложной помощи в течение 2-летнего наблюдения. Более 10% пациентов повторили СХ в течение ≤ 1 года (и 3% за ≤ 7 дней). Повторные СХ связаны с юным возрастом, женским полом, и сопутствующим заболеваниями.

нСХ может быть связан с множеством соматических и психиатрических последствий для здоровья, и даже поверхностное самоповреждение может привести к серьёзным медицинским осложнениям [76].

Почти каждый десятый юноша повторял СХ в течение года, и почти половина с СХ никогда не госпитализирована и / или не лечилась в отделениях не-

SI causes complications, including aggravated feelings of shame, guilt and low self-esteem; infection, both from wounds and from the exchange of instruments. Permanent scars or deformities; grave, possibly fatal injury; worsening underlying problems and disorders without proper treatment.

It is associated with the risk of mental disorders, suicidal behavior (SB) and other adverse consequences such as academic failure and premature death due to risky behavior [18, 53, 77].

Sometimes sharp objects remain under the skin and require surgical manipulation.

Differentiating SI according to the severity of the consequences is rather arbitrary, since mild NSSI can reach the degree of severe due to the multiple episodes, infection, accidental injury to vital structures. Severe SI leads to mutilation, disability, gross anatomical and physiological defect, loss of essential functions up to death due to pain and hemodynamic shock, purulent complications. SI can be divided into one-time and repeated (multiple), psychotic and non-psychotic.

Light forms of SI do not cause significant damage to health, do not leave visible consequences, do not disrupt social functioning; moderate forms of SI lead to moderate anatomical and physiological damage without an obvious threat to life; severe forms of SI can cause obvious anatomical and physiological damage, grossly disrupt essential or vital structures, leave irreparable consequences [78].

SI is the leading cause of adolescent hospitalizations in multidisciplinary hospitals, but a small proportion of adolescents resorting to SI seek psychological and psychiatric help [18].

Every tenth teenager aged 12-17 inflicts SI, but less than half would seek help [20].

Women constituted 70% in a large sample (almost 4,700 patients with SI aged 10-24 insured in Medicaid or with commercial insurance). More than 70% of the sample were treated for comorbidities (50% of depression) ≤ 1 year prior to SI. Self-poisoning is the most common (60%). More than $\frac{1}{2}$ (52%) were treated ≥ 1 times in the emergency department during the 2-year follow-up. More than 10% of patients repeated SI within ≤ 1 year (and 3% at ≤ 7 days). Repeated SI cases are associated with young age, female sex, and concomitant diseases.

NSSI can be associated with a variety of somatic and psychiatric health consequences, and even superficial self-harm can lead to serious medical complications [76].

Almost one in ten young men had repeated SI within a year, and almost half with SI have never been hospitalized and/or treated in emergency departments [79].

отложной помощи [79].

Несовершеннолетних 3% в отечественной выборке СХ с медицинскими последствиями, требующими госпитализации в многопрофильные больницы [80].

Первым шагом в предоставлении медицинской помощи является физическое обследование: глубины раны, возможного загрязнения и вакцинации против столбняка, и, если необходимо, иницируют хирургическую обработку.

Я не могу смотреть на себя, пока полностью не оденусь. Наверно, однажды схожу к хирургу – пусть посмотрит, можно ли как-нибудь разгладить мне кожу, но пока всё с духом не соберусь. Вот и пью, чтобы поменьше думать о том, что я с собой сделала, и чтобы больше этого не делать. Но почти всё время, пока не сплю, борюсь с желанием вырезать новые слова. И уже не коротенькие, а, например, такие, как «двусмысленность», «невразумительно» или «предательство». Но вспоминаю больницу в Иллинойсе и понимаю, что там моё писательство никто бы не оценил. *Г. Флинн «Острые предметы»*

В выборках подростков, которым оказывается клиническая и стационарная помощь показатели значительно выше по сравнению с общими, они варьируются от 40-60%. Простое объяснение высоких показателей заключается в том, что индивиды, представленные в этих выборках, гораздо чаще имеют психиатрические осложнения, а также в том, что серьёзные проявления нСХ могут, в свою очередь, привести к госпитализации. Другой аспект заключается во влиянии межличностных переменных: возможности «поведенческого заражения» (behavioral contagion) нСХ в клинических условиях.

«Неточность и миф» в том, что нСХ ограничены лицами с ПРЛ. Хотя СХ – диагностический критерий, менее половины совершающих СХ, соответствует его диагностическим критериям. нСХ охватывает все диагностические категории и широкие группы населения. Тем не менее, при ПРЛ более частые и тяжёлые СХ (резьбы по коже, ударов головой, самопознания и царапинах), выявляют большую сопутствующую патологию и более тяжёлые симптомы депрессии, СП эмоциональной дисрегуляции.

Даже когда Эрика режет своё тело или наносит себе уколы, она почти ничего не чувствует, а вот что касается зрительных ощущений, здесь она добилась абсолютной полноты. *Э. Елинек «Пианистка»*

Подростки проявляют эмоциональное и поведенческое недомогания через фасадные соматические, более, чем психические симптомы. Подростки с телесными жалобами за 12 месяцев до эпизода нСХ, подвержены и риску самоубийств [81].

Лишь 13-25% подростков обращаются к врачам общей практики [82]. Психические проблемы увеличивают обращения во все медицинские службы без

Minors make up 3% in the national sample of SI with medical consequences requiring hospitalization in multidisciplinary hospitals [80].

The first step in providing medical care is a physical examination: the depth of the wound, possible contamination and tetanus vaccinations, and, if necessary, surgical debridement initiation.

I can't look at myself until I'm fully dressed. Probably, one day I will go to the surgeon and let him see if it is possible to smooth out my skin somehow, but for now I will not get myself together. So I drink to think less about what I have done to myself, and not to do it anymore. But most of the time, while I'm awake, I struggle with the urge to cut out new words. And they are no longer short, but, for example, such as "ambiguity", "unintelligible" or "betrayal." But I remember a hospital in Illinois and I understand that no one would appreciate my writing there. *G. Flynn "Sharp Objects"*.

In the samples of adolescents who receive clinical and inpatient care, the indicators are significantly higher compared to the general ones, they vary from 40-60%. A simple explanation for the high rates is that the individuals represented in these samples are much more likely to have psychiatric complications, and also that serious manifestations of NSSI can, in turn, lead to hospitalization. Another aspect is the influence of interpersonal variables: the possibility of "behavioral contagion" of NSSI in a clinical setting.

The "imprecision and myth" is that NSSI is limited to individuals with BPD. Although SI is a diagnostic criterion, less than half of those who perform SI meet diagnostic criteria for BPD. NSSI covers all diagnostic categories and general population groups. However, in BPD, more frequent and severe SI (skin carvings, head bangs and scratches) reveal more comorbidities and more severe symptoms of depression, and emotional dysregulation.

Even when Erica cuts her body or injects herself, she almost does not feel anything, but as for visual sensations, here she achieved absolute completeness. *E. Jelinek "The Pianist"*.

Adolescents show emotional and behavioral ailments through façade somatic rather than mental symptoms. Adolescents with bodily complaints 12 months prior to an NSSI episode are also at risk of suicide [81].

Only 13-25% of adolescents visit general practitioners [82]. Mental health problems increase the number of visits to all medical services without the control of somatic complaints. Adolescents typically go to general health services before or after a SI suicide attempt, have more contact with health care and are hospitalized for non-psychiatric reasons prior to epi-

контроля соматических жалоб. Подростки обычно обращаются в общемедицинские службы до или после СХ попытки самоубийства, более контактировали с медицинскими службами и госпитализированы по непсихиатрическим причинам до эпизодов СХ, чем их сверстники без СХ. Так, двое из трех больничных пациентов ≥ 15 лет с нСХ осмотрены врачом общей практики за месяц до эпизода СХ; один из трех – на предыдущей неделе. Более трети (36%) из замеченных врачом общей практики в течение месяца до нСХ, физически недомогают. Один из трех думал о суициде во время медицинского осмотра, но только 13% сообщил об этом специалисту больницы [83].

Выбор жестоких методов и намерение умереть, как и «ошибка» исполнения нСХ связаны с медицинскими последствиями и помощью [84, 85].

Мало изучено бремя (так называемые, «неуловимые потери» нСХ) окружения подростка.

Несчастье ребенка ты чувствуешь, как свою личную вину. *Л. Шривер «Мы должны поговорить о Кевине»*

нСХ в психиатрических классификациях.

В последнее десятилетие продолжена дискуссия о концептуализации и диагностической организации нСХ. В основе нСХ искажение инстинкта самосохранения. В диагностических номенклатурах нСХ традиционно представлен проявлением психические и поведенческие расстройства как ПРЛ.

нСХ в предыдущих пересмотрах МКБ дополнительно позволяет классифицировать происшествия, условия и обстоятельства в качестве причины травмы, отравления и другого неблагоприятного воздействия. В тех случаях, когда используется код из данного класса, подразумевается, что он должен применяться как дополнение к коду из другого класса, указывающего характер состояния.

Так, нСХ – не отдельная нозографическая единица МКБ-10, но кодирован в разделах «Преднамеренные самоповреждения» (X76-83), «Повреждения с неопределёнными намерениями» (Y26-30), «Последствия умышленных самоповреждений» (Y87.0).

В DSM-4 суицидальные попытки и нСХ – только симптомы психических расстройств как клиническая депрессия или ПРЛ.

МКБ-11 (β -версия) не предлагает независимый диагноз, но приводит описание нСХ как преднамеренное нанесение себе телесных повреждений, чаще резание, соскабливание, ожоги, укусы или удары, ведущих к незначительному физическому ущербу. Однако нСХ подростков описан в контексте психических расстройств и вне психопатологии [86].

Распространённость, клиническая важность и клинично-социальное и экономическое бремя позволили выделить СХ независимой диагностической категорией DSM-5 [87], как нСХ

sodes of SI than their peers without SI. Thus, two out of three hospital patients under 15 with NSSI were examined by a general practitioner one month before an SI episode; one in three were examined a week prior the episode. More than a third (36%) of those observed by the general practitioner during the month before the NSSI were physically unwell. One in three thought about suicide during a medical examination, but only 13% reported it to a hospital specialist [83].

The choice of cruel methods and the intention to die, as well as the "mistake" in the execution of NSSI, are associated with medical consequences and care [84, 85].

The burden (the so-called "elusive losses" of NSSI) of the adolescent's environment has been little studied.

You feel the unhappiness of a child as your own guilt. *L. Schriever "We Must Talk About Kevin"*.

NSSI in psychiatric classifications.

In the last decade, the discussion about the conceptualization and diagnostic organization of the NSSI has continued. At the heart of NSSI there is a distortion of the instinct of self-preservation. In diagnostic nomenclatures, NSSI is traditionally represented by the manifestation of mental and behavioral disorders as BPD.

NSSI in previous revisions of the ICD additionally allows to classify incidents, conditions and circumstances as the cause of injury, poisoning and other adverse effects. In cases where code from this class is used, it is understood that it should be used in addition to code from another class that indicates the nature of the state.

So, NSSI is not a separate nosographic unit of ICD-10, but it is coded under the sections "Intentional self-harm" (X76-83), "Damage with undetermined intent" (Y26-30), "Consequences of intentional self-harm" (Y87.0).

In DSM-4, suicide attempts and NSSI are only symptoms of psychiatric disorders like clinical depression or BPD.

ICD-11 (β version) does not offer an independent diagnosis, but describes NSSI as deliberate self-harm, more often cutting, scraping, burns, bites or blows, leading to minor physical harm. However, adolescent NSSI has been described in the context of mental disorders and outside psychopathology [86].

The prevalence, clinical importance, and clinical, social and economic burden have made it possible to identify SI as an independent diagnostic category of DSM-5 [87] – an NSSI disorder (NSSID) – that requires further study [88, 89].

The following functional and flexible (subject to change as new data accumulate) diagnostic criteria for NSSI have been proposed.

расстройство (нСХр), требующее дальнейшего изучения [88, 89].

Предложены следующие рабочие и гибкие (подлежащие изменению по мере накопления новых данных) диагностические критерии нСХр.

А, критерий частоты и длительности нСХ как диагностический порог¹: (подросток) ≥ 5 дней за последний год преднамеренно наносил себе умеренные телесные повреждения (кровоподтеки, кровотечение, боль) без намерения покончить с собой.

Поскольку нСХ является обычным у подростков в клинических и неклинических выборках, важно различие между совершающими нСХ 1-2 раза и регулярно. Часть подростков [90] в неклинической выборке сообщает о редких нСХ при низком уровне, связанных с ними психотических проблем, но 2/3 подростков повторяют его ≥ 4 -х раз, соответственно подпороговому типу нСХр с частотой нСХ ≤ 5 раз за последний год.

В неклинической выборке подходящих критериям нСХр подростков почти у $\frac{3}{4} \geq 11$ эпизодов в течение прошлого года, у оставшихся – 5-10 раз. Часте девы совершали нСХ ≥ 5 раз [19].

Большинство школьников, по самоотчётам, совершают нСХ < 10 раз в жизни, но больничные психически больные в среднем > 50 эпизодов в прошлом году [4, 5].

Видимо, подростки с нСХ разные.

Неясно точное количество эпизодов, необходимое для констатации патологического СХ. Показаны различия в патологии и риске будущего вредоносного поведения в группах несчастных и частых нСХ [91].

Ключевой вопрос: оправдано ли повышение порога частоты нСХ для выделения клинических групп. Пока порог в 5 дней нСХ может достоверно идентифицировать нуждающихся в первоочередном и раннем клиническом внимании, предупреждающем тяжелое расстройство с сопутствующими психическими расстройствами и СП.

В большой (≈ 750 , до 90% дев) психиатрической выборке подростков [92] выделены группы с частотой нСХ ≥ 25 дней в году (тяжелая, с наиболее выраженной психопатологией и СП), субклиническая (5-24 дней) и «лёгкая» (1-4 дня за год). Большинство (74%) больничных и активно леченых амбулаторно подростков с СХ соответствуют критерию А.

Критерий В, центральный: (подросток) совершает нСХ с одной или несколькими целями: 1) облегчения негативных (невыносимых) переживаний или мыслей; 2) разрешения межличностных проблем; 3) достижения позитивного эмоционального состояния

Criterion A, the criterion for the frequency and duration of NSSI as a diagnostic threshold: during ≥ 5 days in the last year (a teenager) intentionally inflicted moderate bodily harm on themselves (bruising, bleeding, pain) without intention to commit suicide.

Since NSSI is prevalent among adolescents in clinical and non-clinical samples, it is important to distinguish between performing NSSI once or twice and regularly. Some adolescents [90] in a nonclinical sample report rare episodes of NSSI with a low level of associated psychotic problems, but 2/3 of adolescents repeat it ≥ 4 times, matching the subthreshold type of NSSI where the frequency of NSSI is less than 5 times in the last year.

In a nonclinical sample of adolescents who met the criteria for NSSI, almost $\frac{3}{4}$ had 11 and more episodes during the last year, in the remaining part it took place 5-10 times. Females more often tended to perform NSSI over 5 times [19].

According to their self-reports, the majority of schoolchildren commit NSSI more than 10 times in their lives, while hospitalized mental patients have on average over 50 episodes within a year [4, 5].

Apparently, there are different adolescents with NSSI.

The exact number of episodes required to establish pathological SI is unclear. Differences in the pathology and risk of future harmful behavior in the groups of infrequent and frequent NSSI have been shown [91].

The key question is whether it is justified to increase the threshold for the frequency of NSSI for the selection of clinical groups. For the time being, the threshold of 5 days with NSSI episodes can reliably identify those in need of priority and early clinical attention, preventing severe disorder with co-morbid mental disorders and SB.

In a large (≈ 750 , up to 90% of females) psychiatric sample of adolescents [92], there are distinguished following groups according to the frequency of NSSI: over 25 NSSI days per year (severe, with the most pronounced psychopathology and SB), sub-clinical (5-24 days) and "mild" (1-4 days per year). The majority (74%) of adolescents who are hospitalized and actively treated with SI outpatiently meet criterion A.

Criterion B, central: an (adolescent) commits NSSI for one or more purposes: 1) to alleviate negative (unbearable) feelings or thoughts; 2) to resolve interpersonal problems; 3) to achieve a positive emotional state (pleasure).

Criterion B reflects the intra- and interper-

¹ основан на предположении, что ≥ 5 эпизодов нСХ указывают повторяющуюся проблему.

(удовольствия).

Критерий В отражает внутри- и межличностную функции нСХ [93].

Анализ специфических симптомов указывает проблемы критерия В. Возможно, акцент мотивации нСХ не имеет диагностической ценности в выборках (подростков), независимо от частоты нСХ [94].

Большинство участвующих в нСХ выявляют одну из «типовых» мотиваций, но возможны функции самонаказания и контроля СП [19, 29], желание прикнуть к группе

Выделен подтип нСХр для состояний, когда намерение СХ не определено позволяя спрятаться под зонтиком парасуицида – суицидальные попытки и намеренные самоповреждения *без какого-либо намерения умереть* [95].

Одним смеясь, другим печалась оком. *Шекспир «Гамлет»*

Мотивации нСХ изменчивы в зависимости от сопутствующих диагнозов, со временем, зависят от факторов культуры и расы / этнической принадлежности [96].

Все (99,5%) в неклинической выборке подростков, соответствующих нСХр, сообщили о нСХ в ожидании облегчения гнёта межличностных проблем (чаще в клинических выборках; свойственно и взрослым), негативных чувств (наиболее часто, особо у дев) или, напротив, прилива приятных чувств [19].

В отечественной больничной выборке [7] 90% подростков с нСХр наносили большей частью самопорезы для временного избавления от душевной боли, одиночества, злобы, гнева, напряжения), что позволяло вернуться к рутине (учёба, сон). Почти 70% наказывали себя за неудачи в школе или нарушение диеты (при расстройствах пищевого поведения); 43% пытались справиться с сомато- и аутопсихической деперсонализацией. Мотивы межличностной направленности: месть обидчику, привлечение внимания окружающих к своим проблемам и переживаниям, снижение требований значимых взрослых. У более 60% подростков межличностные цели сочетались с внутриличностными.

Переживание негативных эмоций до нСХ высоко одобрено, подтверждая мотивацию регуляции аффекта как центрального аспекта структуры нСХ расстройства. Межличностные функции нСХ чаще у подростков [97].

В подростковой выборке критерий В3 (нСХ как источник положительных эмоций) реже всего одобрен экспертами, и ведутся дискуссии о положительном и отрицательном аспекте автоматического усиления нСХ [97].

Если В3 относится к боли, стимуляции и удовлетворенности, его желательно расширить, включив

sonal functions of NSSI [93].

Analysis of specific symptoms indicates problems with criterion B. It is possible that the emphasis on motivation of NSSI has no diagnostic value in samples (adolescents), regardless of the frequency of NSSI [94].

Most of those participating in NSSI reveal one of the "typical" motivations, but the functions of self-punishment, control of SB [19, 29] and the desire to join the group are also possible.

A subtype of NSSI has been identified for states when the intention of the SI is not defined, allowing one to hide under the umbrella of parasuicide – suicide attempts and deliberate self-harm without any intention to die [95].

With one eye merry and the other crying. *Shakespeare. 'Hamlet'*.

NSSI motivations are variable depending on concomitant diagnoses, over time, depending on factors of culture and race/ethnicity [96].

All participants (99.5%) in the nonclinical sample of adolescents matching NSSI reported committing NSSI with the anticipation of relief from the oppression of interpersonal problems (more often in clinical samples; inherently in adults), negative feelings (most often, especially for females) or, on the contrary, a tide of pleasant feelings [19].

In a national hospital sample [7], 90% of adolescents with NSSI applied mostly self-cuts for temporary relief from mental pain, loneliness, anger, aggression, tension), which allowed them to return to routine (study, sleep). Nearly 70% punished themselves for failing at school or diet (eating disorders); 43% tried to cope with somato- and autopsychic depersonalization. Interpersonal motives: revenge to the offender, drawing the attention of others to their problems and experiences, reducing the demands of significant adults. For more than 60% of adolescents, interpersonal goals were combined with intrapersonal goals.

Experiencing negative emotions prior to NSSI is highly acclaimed, confirming the motivation for affect regulation as a central aspect of the structure of NSSI disorder. Interpersonal functions of NSSI are more common in adolescents [97].

In the adolescent sample, the B3 criterion (NSSI as a source of positive emotions) is least often approved by experts, and there are discussions about the positive and negative aspects of the automatic enhancement of NSSI [97].

If B3 refers to pain, stimulation and satisfaction, it is desirable to expand it to include a generation / anti-dissociation feeling when feeling numb or empty [19].

Criterion C: NSSI is preceded by 1) negative thoughts and / or feelings (depression, dis-

чувство генерации / антидиссоциации при ощущении онемения или пустоты [19].

Критерий С: нСХ предваряют 1) негативные мысли и / или чувства (депрессия, дистресс, тревога, гнев, напряжение, самокритика); 2) озабоченность СХ поведения, трудно контролируемым; 3) частые мысли о СХ (достаточно одного пункта).

У больничных подростков критерии В и С обычно сцеплены.

Хотя внутри- и межличностные конфликты связаны с вовлечением нСХ, они не информативны в различии клинически значимого нСХ от менее тяжёлого и редкого. Несоответствие критерию С практически не служит основанием исключения диагноза нСХр [96].

Критерию С1 (межличностный / психологический провокаторы) соответствуют все (97-100%) подростки с нСХр [19] в дополнение высокой поддержки критерия С2 (озабоченность) и С3 (сильное желание). Критерий С1 тесно связан с психопатологией и нарушениями у 81-98% подростков [8] с нСХ. О психологических причинах чаще сообщено девами [19]; об озабоченности сообщили менее 1/2 подростков с нСХ, тогда как частые позывы подтверждены на 90%.

Критерии С2, С3 реже одобрены экспертами. Возможно, критерий В излишен по отношению к С, и сочетание этих двух факторов приведет к более консервативной оценке.

Некоторые (подростки) полагают нСХ полнезным и, следовательно, склонны не обращаться за советом или не принимать его. Возможен психотерапевтический плацебо-эффект, когда нСХ видятся «модным» лекарством от душевных страданий в контексте характерологических и патохарактерологических реакций имитации и группирования [7].

У почти 30% отечественных подростков, соответствующих критериям нСХр, нСХ сочеталось с позднейшими суицидальными попытками по причине «неэффективности» нСХ в дистрессе [7].

В группе нСХ выше уровень автоматических функций (ослабление эмоций, генерация чувств), чем среди подростков без нСХ [19]

Критерий D, формальных исключений социально приемлемого (дозволенного) поведения.

Морфологическая свобода определяет право человека изменять тело по собственному желанию при обращении за медицинской помощи как средству самоопределения или ритуал (акколада) подростка как принадлежащему группе ровесников.

Подход к искусственному изменению тела в обществе «либерального плюрализма, прогрессивного космополитизма и постгуманистического мультикультурализма» всё более терпимо рассматриваются

tress, anxiety, anger, tension, self-criticism); 2) concern for SI behavior, difficult to control; 3) frequent thoughts about SI (one point is enough).

When adolescents are treated in hospital, criteria B and C are usually linked.

Although intra- and interpersonal conflicts are associated with the involvement of NSSI, they are not informative in distinguishing clinically significant NSSI forms from less severe and rare ones. Non-compliance with criterion C practically does not serve as a basis for excluding the diagnosis of NSSI [96].

All (97-100%) adolescents with NSSI meet Criterion C1 (interpersonal / psychological provocateurs) [19] in addition to high support for C2 (concern) and C3 (strong desire) criteria. Criterion C1 is closely related to psychopathology and disorders in 81-98% of adolescents [8] with NSSI. The psychological causes are more often reported by females [19]; fewer than 1/2 of adolescents with NSSI reported concern, while urge frequency was 90% confirmed.

Criteria C2 and C3 are less often approved by experts. It is possible that criterion B is excessive compared to C, and the combination of these two factors will lead to a more conservative estimate.

Some (adolescents) find NSSI to be useful and therefore tend not to seek or accept advice. A psychotherapeutic placebo effect is possible, when NSSI is seen as a "fashionable" remedy for mental suffering in the context of characterological and pathocharacterological reactions of imitation and grouping [7].

In almost 30% of Russian adolescents who meet the criteria for NSSI, NSSI was combined with later suicidal attempts due to the "ineffectiveness" of NSSI in distress [7].

In the NSSI group, the level of automatic functions (weakening of emotions, generation of feelings) is higher than among adolescents without NSSI [19].

Criterion D, formal exclusion of socially acceptable (permissible) behavior.

Morphological freedom determines the right of a person to change their body according to their own free will when seeking medical care as a means of self-determination or a ritual (accolada) of a teenager belonging to a group of peers.

The approach to artificially alter one's body in a society of "liberal pluralism, progressive cosmopolitanism and posthumanist multiculturalism" is increasingly tolerated as a way of self-expression

"My body is my business." Here are some of the options of artificial body alterations [2, 3, 98]:

Tattoos, a type of body art (there is a grow-

как способ самовыражения

«*Моё тело – моё дело*». К вариантам искусственного изменения тела отнесены следующие [2, 3, 98]:

Татуировки, вид боди-арта (множатся татуированные в юности бабушки и дедушки).

В 13 лет в первый раз лишил кожу девственности, в тот же день я понял – я самый крутой на местности.

Тимати «Тату»

Татуировка – сознательное искусственное нарушение целостности кожных покровов посредством колюще-режущих инструментов с последующим введением в раневую поверхность красящих веществ с целью получения стойких не исчезающих изображений.

Определение весьма напоминает СХ.

Показана связь стремления к обильным татуировкам и паттернам СП и нСХ юных дев [99].

Для отвлечения любезного читателя. Из недр Сети.

Вовочка сделал татуировку тайком и стал отличником. Иначе отец с ремнем очень удивится.

– Я почти выиграла конкурс красоты, но, блин, купола на спине...

– Что за татуировка у тебя ниже спины: 00-88? – Жена нажала на газ, когда гараж открывал.

Функция сенсорно-тактильных следов (пиктограммы) развивается в социальном контексте: принадлежность подростка к группе отмечена надрезами, насечками, разрисовками, татуировками, макияжем, причёсками и одеждой [10].

Маргинальный вариант в покрытии татуировкой до 100% тела. Распространена среди молодёжных групп и течений, способствуя самовыражению.

Шрамы.

Чтобы от самоповреждения не оставалось шрамов, специалисты предлагают больным прижимать к коже кубики льда до тех пор, пока не станет больно, или щелкать себя по запястью тугой резинкой. *Г. Френсис «Путешествие хирурга по телу человека»*

Однако,

Шрам от дуэльной, нарочито поверхностной, от полурепризы, раны бурши-корпоранты не лечили, а растравливали, чтобы всякий (особо немецкая дева) мог видеть «следы мужества» на лице. Некоторые наносили раны на лицо и без дуэли. Эти обычаи сохранялись вплоть до 1930-х гг., и дед одного из соавторов встречал их на студенческой скамье в Цюрихе, называя «чванливыми дураками».

Шрамы и кровь – материальные знаки и символы боли и исцеления]. Рубцовая ткань – волшебное вещество, физиологический и психический клей, скрепляет плоть и дух вместе, тогда как мир грозит их разлучить. Шрамы полезны как метки времени, когда не доверяешь своей памяти и сознанию [100].

Шрам – своего рода расщелина на коже ... «обнажённое тело в шрамах не может не вызывать трепета. Г. Френсис «Путешествие хирурга по телу человека»

ing number of grandparents tattooed when young).

For the first time I deprived my skin of virginity at the age of 13 / on the same day I realized – I am the coolest in my neighborhood. *Timathi. Tattoo.*

Tattoo is a deliberate artificial violation of the integrity of the skin by means of stabbing and cutting tools, followed by the introduction of dyes into the wound surface in order to obtain persistent non-disappearing images.

The definition is very similar to SI.

The connection between the desire for abundant tattoos and the SB and NSSI patterns of young females has been shown [99].

To amuse the kind reader with some fun from the web.

Little Johnny got a tattoo secretly and became an excellent student. Otherwise, the father with the belt would be very surprised.

- I almost won the beauty contest, but damn these domes¹ on the back ...

- What is this 00-88 tattoo below your back?
- My wife was pushed the gas when I was opening the garage door.

We can see how the function of sensory-tactile traces (pictograms) unfolds in a social context: belonging to a group is marked by the adolescent's through cuts, notches, drawings, tattoos, make-up, hairstyles and clothes [10].

A marginal option is to cover up to 100% of the body with a tattoo. It is typical in youth groups and movements promoting self-expression.

Scars.

For the self-harming action not to leave scars, experts recommend patients to press ice cubes to the skin until it hurts, or click themselves on the wrist with a tight rubber band. *G. Francis "The surgeon's journey through the human body"*

However,

The scars from a duel, deliberately superficial, from a half-rapier, the wounds of the burshicorporants were not healed, but aggravated so that everyone (especially a German maiden) could see "traces of courage" on their face. Some inflicted wounds on their face without taking part in a duel. These customs persisted until the 1930s, and the grandfather of one of the co-authors met them on his student bench in Zurich, calling them "arrogant fools."

Scars and blood are material signs and symbols of pain and healing]. Scar tissue is a magical substance, physiological and mental glue that holds flesh and spirit together, while the world threatens to disperse them. Scars are useful as timestamps when you don't trust your memory and consciousness [100].

A scar is a kind of cleft in the skin ... "a na-

¹ Church domes on the back are a typical tattoo made by criminals in Russian prisons.

У рубцовой ткани нет собственного характера. Это вам не то же самое, что ткань здоровой кожи. На ней не остаётся признаков возраста или болезни, на ней не видна бледность или загар. На шраме не растут волосы, на нём нет пор или морщин. Это словно плотный чехол. Он закрывает и скрывает то, что ещё осталось под низом. Потому-то человек и научился его создавать: чтобы чего-нибудь спрятать. С. Кейсен «Прерванная жизнь»

Piercing: маргинальные варианты на половых органах, грудных железах, до 10-15 колец, игл, все новые украшения.

Исключены «нормативные» кусание губ или обкусывание ногтей: их учёт объяснит высокую распространённость НСХ.

Юный поэт Кобыльничков (он же и столоначальник губернского правления) корпит над мелко исписанным листом бумаги в убогой своей квартире и с неслыханным озлоблением грызет перо и кусает ногти. М. Салтыков-Щедрин «Для детского возраста»

Червехвост очень нервничал: грыз ногти, возил ногами по полу и поминутно подглядывал в работу соседа. Дж. Роулинг «Гарри Поттер и Орден Феникса»

Навязчивое грызение ногтей (онихофагия), выходя за рамки «вредной привычки» и становится симптомом психических расстройств, особо детских, или относится к отдельному расстройству (МКБ-10. F98.8).

В МКБ-10 «Прикусывание щеки и губ» (K13.1) – разновидность самоиндуцированной хронической механической травмы слизистой оболочки щек и губ при воздействии зубов и/или протезов вследствие множества причин, включая психиатрические. У пациентов с аутоагрессивной привычкой кусать щеки и губы жалобы на боль, жжение или отек.

Фразеологизм в текстах разного качества.

Она по-прежнему вся сжималась, дышала с трудом и тихонько покусывала нижнюю губу, чтобы не заплакать, чтобы удержать накипающие слезы... И. Тургенев «Ася»

Не проси облегченья
от любви, не проси.
Согласись на мученья
и губу прикуси.

А. Кушнер «Два голоса»

Какая мука, благодать
Сидеть с закушенной губой,
Раз десять на день умирать
И говорить с самим собою.

А. Кушнер

Лицо любви, как в смертной муке
Лицо с закушенной губой.

А. Кушнер «Белые ночи»

Или

И вновь кусая губы до крови...
А можно? Больше слёз не надо...
Позволь мне только быть с тобою рядом,
Тобой болеть и таять, вновь кусая губы до крови.
Мирая «И вновь кусая губы до крови...»

ked body with scars can cause nothing but awe. G. Francis "The surgeon's journey through the human body".

Scar tissue has no character of its own. This is not the same as healthy skin tissue. It does not show signs of age or illness, it does not show pallor or tan. No hair grows on the scar, and there are no pores or wrinkles. It's like a tight cover. It obscures and hides what is still underneath. That is why man learned to create it: to hide something. S. Keisen "the Interrupted Life"

Piercings: marginal options on the genitals, breasts, up to 10-15 rings, needles, all new jewelry.

The "normative" lip biting or nail biting are excluded: taking these into account will explain the high prevalence of NSSI.

The young poet Kobylnichkov (who is also a clerk in the provincial government) is knocking himself out over a finely drafted sheet of paper in his wretched apartment and, with unheard of anger, gnaws at his pen and bites his nails. M. Saltykov-Shchedrin "For children"

Wormtail was very nervous: he gnawed his nails, drove his feet on the floor and peeped at the work of the neighbor every minute. J. Rowling "Harry Potter and the Order of the Phoenix"

Obsessive biting of nails (onychophagia) goes beyond a "bad habit" and becomes a symptom of mental disorders, especially for children, or refers to a separate disorder (ICD-10. F98.8).

In ICD-10, cheek and lip biting (K13.1) is a type of self-induced chronic mechanical trauma to the mucous membrane of the cheeks and lips when exposed to teeth and/or prostheses due to a variety of reasons, including psychiatric ones. Patients with an auto-aggressive habit of cheek and lip biting complain of pain, burning or swelling.

Here are a few idiomatic examples in texts of different quality.

She was still shrinking all over, breathing with difficulty and softly biting her lower lip in order not to let herself cry, to hold the tears that were about to flood ... I. Turgenev "Asya"

Don't ask for relief
from love, don't ask.
Agree to the torture
and bite your lip.

А. Kushner "Two Voices"

What a torment it is, what grace
To sit with a lip bitten
To die ten times a day
And to talk to yourself.

А. Kushner

The face of love is in deadly pain –
It is a face with a bitten lip.

А. Kushner "White Nights"

Or
And once again biting the lips to the blood ...

До крови кусая губы,
До боли ломая пальцы.
До скрипа сжимая зубы,
не давай ему больше шанса.
Гони его образ из мыслей,
Прекрати шептать *его имя* Illusion

«До крови кусая губы»

Исключены культурно-санкционированные СХ [100].

Ритуалы – повторяемые СХ, отражающие традиции, символику и убеждения социальной (религиозной) группы. СХ в культурных или религиозных обрядах восходит к античности.

Во Фригийском культе Аттиса обряды самооскопления жрецов, освобождавших себя от страстей. Жрецы культа Ваала в экстазе наносили себе порезы на запястья и ладони. Флагелланты, наказывая плоть, массово (в том числе при пандемии чумы) хлестали себя бичами с узлами, в каждом из которых сидели длинные шипы: «кровь струилась ручьями до самых щиколоток». Радения хлыстов сопровождается (само)бичеванием. Ашура шиитов: участники шествия бьют себя цепями и кинжалами, кулаками в грудь. Обряд самобичевания приобретает всё более символическое значение.

Во время безумных иступленных плясок суфийские мистики, которых называют танцующими дервишами, рассекают себе головы, вбивают клинья себе в кожу, глотают стекло и бритвы, поджигают себя и поят своей кровью других для того, чтобы отогнать злых духов и излечить страждущих. Нанесение порезов и шрамов во время обрядов инициации является испытанием на силу, храбрость и выносливость и помогают обозначить переход во взрослую жизнь.

Однако,

В Ветхом Завете татуировки запрещены, чтобы отличать евреев от варваров: «Ради умершего не делайте нарезов на теле вашем и не накалывайте на себе письмен». Левит 19: 28. Иудеям достаточно обрезания.

Практики – исторически возникшие и непостоянные косметические повреждения тела, как прокалывание ушей, мужское обрезание неевреев.

Модификации, известные из этнографических материалов, требуют многолетних усилий с детства (см. подробнее [3]).

Границы «табуированных» модификаций тела сужены, напротив, типичные для архаических культур, расширили поле нормативного поведения. Ряд модификаций распространен благодаря обезболиванию, минимизации риска заражения при профессиональном оборудовании.

... бить тату очень больно, но многое зависит и от того, куда её делать. Есть такие области, где вообще невозможно терпеть, а есть такие, где, в принципе, нормально. Сейчас есть специальные мази, которые обезболивают и даже в самых нежных местах нет неприятных ощущений. *Санам, Таджикистан*

В интернете широко представлены материалы по

/ Is it possible? No more tears are needed ... Let me just be with you, / To be hurt y you and melt, again biting the lips to blood. *Miraya. Biting his lips to blood ...*

Biting the lips to blood, / Breaking the fingers painfully. / Gritting teeth until squeak, / don't give him more chance. / Drive his image out of your mind, / Stop whispering his name *Miraya. Biting my lips until blood.*

Culturally-approved types of SI must be excluded [100].

Rituals are repeated SI, reflecting the traditions, symbols and beliefs of a social (religious) group. SI in cultural or religious rites dates back to antiquity.

In the Phrygian cult of Attis, there were accepted the rites of self-sacrifice of the priests who liberated themselves from the passions. The priests of the cult of Baal in ecstasy inflicted cuts on their wrists and palms. Flagellants, punishing the flesh, massively (including during a plague pandemic) whipped themselves with whips with knots, each of had long thorns: "blood flowed in streams to the very ankles". The zeal of the whips is accompanied by (self) scourging. Ashura of Shiites: participants of the procession beat themselves with chains and daggers, fists in the chest. The order of self-flagellation is acquiring more and more symbolic meaning.

During crazy frenzied dances, Sufi mystics, who are called dancing dervishes, cut their heads, drive wedges into their skin, swallow glass and razors, set themselves on fire and give others their blood to drink in order to drive away evil spirits and heal the suffering. Cuts and scars during initiation rites are a test of strength, courage, and endurance and help mark the transition to adulthood.

However,

In the Old Testament, tattoos are forbidden to distinguish Jews from barbarians: "For the sake of the deceased, do not make cuts on your body and do not inscribe letters on yourself." Leviticus 19: 28. For Jews, circumcision is enough.

Practices are historically emerging and non-permanent cosmetic injuries to the body, such as ear piercing, male circumcision of non-Jews.

Modifications known from ethnographic materials require many years of effort from childhood [see more details in 3].

The boundaries of "taboo" body modifications have now narrowed, and on the contrary, modification previously typical for archaic cultures have expanded to the field of normative behavior. A number of modifications are common due to pain relief, minimizing the risk of infection when using professional equipment.

... it is very painful to get a tattoo, but it depends a lot on where you do it. There are areas where it is generally impossible to endure, but there are areas where, in principle, it is fine. Now

декоративной модификации тела и их «герои».

Основу формирования экстремальных вариантов составляет характерные подростковые патохарактерологические реакции эмансипации; группирования; увлечения и сексуального поведения [3].

Для определения влечения к модификации тела используют (цит. по [3]): 1) особенность, «сверхценность» (salience); 2) эйфорию; 3) рост толерантности; 4) симптомы отмены; 5) конфликт с окружающими и самим собой и 6) рецидивы. Критерием отнесения патологического влечения к модификации тела как проявления СХ к группе нехимических поведенческих аддикций (компульсивное влечение показывать экстремальные варианты модификации тела) считают обсессивно-компульсивный характер влечения, невозможность его самостоятельно корректировать. Второй критерий – социально - психологический: неприемлемости поведения обществом и маргинальных группах.

Изменения внешнего вида расценивают как скрытую форму СХ (например, [2]), если добровольны (при осознанной и неосознанной мотивации и «автоматизме»), самостоятельно, преследуют конкретную цель, НЕ обусловлены социокультуральными факторами, не опасны жизни. Обширные тату и множественный пирсинг, манипуляции («по поручению», в салонах или в пенитенциарном учреждении) потенциально опасны для здоровья.

К СХ *не отнесён* вред в результате переедания, анорексии, пирсинга, татуировки, чрезмерного употребления ПАВ, телостроительство подростка, жадущего самоутверждения или в силу гиперкомпенсации злоупотребляющего жесткой диетой, приемом андрогенов и анаболических стероидов, фармакологических средств, косметическая хирургия.

Калечащие варианты модификаций: зубов и ушей, микродермалы, трансдермалы, имплантация, тоннели, раздвоение языка, удаление или расщепление сосков, пениса, ампутации фаланг (по японской традиции) требуют анализа побудительных причин и культурального контекста. В частности, добровольности манипуляций «по поручению».

Эстетика деформированного женского тела: в Древнем Китае «лотосовые» ступни, лебединая шея женщин племени Кауап. Татуировку-улыбку женщин-айну (как у Гуинплена) делали ножом, заполняя раны золой. Татуированные женщины племени Апатанис вставляли широкие тоннели в уши и нос, на лицо наносили безобразные наколки, чтобы... не забрали в другие племена.

Повторные и необычные пластические операции, болезненные и дорогостоящие, под влиянием моды приобретают навязчиво-насиленный характер; возможна дисморфомания. Об «излишней» косметической хирургии писал К. Меннингер. «Искусствен-

there are special ointments that relieve pain and there is no discomfort even in the most tender places. *Sanam, Tajikistan*

On the Internet, materials on decorative body modification and their “heroes” are widely presented.

The formation of extreme variants is based on the characteristic adolescents' pathocharacterological reactions of emancipation; grouping; hobbies and sexual behavior [3].

To determine the attraction to body modification, the following aspects are taken into consideration (cited from [3]): 1) peculiarities, (salience); 2) euphoria; 3) growth of tolerance; 4) withdrawal symptoms; 5) conflict with others and oneself and 6) relapses. The criterion for classifying a pathological drive for body modification as a manifestation of SI to a group of non-chemical behavioral addictions (compulsive drive to show extreme variants of body modification) is considered to be the obsessive-compulsive nature of the drive, the inability to correct it on its own. The second criterion is socio-psychological: the unacceptability of behavior by community and marginal groups.

Changes in appearance are regarded as a latent form of SI (for example, [2]) if they are voluntary (with conscious and unconscious motivation and "automatism"), independently, pursuing a specific goal, NOT due to socio-cultural factors, not dangerous to life. Extensive tattoos and multiple piercings, manipulations ("on assignment" in salons or in a penitentiary institution) are potentially hazardous to health.

SI does not include harm as a result of overeating, anorexia, piercings, tattoos, excessive use of psychoactive substances, bodybuilding of a teenager craving self-affirmation or by force of overcompensation by abusing a rigid diet, taking androgens and anabolic steroids, pharmacological agents, cosmetic surgery.

There exist also *crippling variants of modifications*: teeth and ears, microdermal, transdermal, implantation, tunnels, bifurcation of the tongue, removal or splitting of the nipples, penis, phalange amputation (according to the Japanese tradition) require an analysis of the incentive causes and cultural context. In particular, the voluntariness of manipulations "on assignment".

Aesthetics of the deformed female body: the "lotus" feet in ancient China, the swan neck of women of the Kayan tribe, the knife-made tattoo-smile of Ainu women (like Gwynplaine's), filling wounds with ash, the tattooed women of the Apatanis tribe with wide tunnels inserted into their ears and nose, and ugly tattoos were nano-sealed on their faces so that ... they would not be taken to other tribes.

Repeated and unusual plastic surgeries,

ный фрик» самовольно меняет лицо (домашними уколами филлеров), становясь «Барби». В разнородной группе тату- и/или пирсинг-фрики.

Врач и друг Майкла Джексона на протяжении 20 лет: «Причиной того, что он подвергал себя пластическим операциям, была тяга к самокалечению и полное неуважение к самому себе».

Салла М. (22) с 13 лет лицо, шея, грудь, ребра, живот, ноги и руки покрывает тату, язык разделен надвое, мочки эльфийских ушей растянуты до 4 см. Планирует дальше изменять свою внешность при болезненности и дорогостоящих операциях. В Инстаграме называется «растительной интернет-принцессой» и «дружелюбной анархисткой».

Критерий E, сквозной для ДСМ: нСХ или его последствия вызывают клинически значимый дистресс или ухудшение в важных областях функционирования, мало выполнимы у подростков. Оценка критерия затруднена, поскольку подростки, как правило, полагают, что СХ им полезно именно в совладании с дистрессом, но 80% подростков готовы принять помощь [101].

Наиболее распространены, по самоотчётам, помехи в школьной жизни, межличностных отношениях, учёбе и досуге [19, 89]; девы более признают ухудшение и дистресс.

нСХ для улучшения настроения и облегчения дистресса и в рамках недавней концептуальной модели полагается успешным, не вызвало дистресса и большинство не склонно прекратить нСХ [96]. Может потребоваться комплексная оценка степени, в которой СХ поведение вызывает клинически значимое расстройство или нарушение. Поскольку нСХ чаще используется для регуляции эмоций, подростки не всегда имеют полное представление о проблемах такого поведения.

Когда дистресс и нарушения измерены косвенно, у большинства с нСХр выше уровень нарушений [96]. У психиатрических больных-подростков с нСХр выраженные суицидальные мысли и попытки в прошлом месяце, одиночество и проблемы регуляции эмоций [8].

В той степени, в которой эти переменные можно рассматривать как посредник дистресса и нарушений, ценность критерия E подтверждена.

Одной из ключевых проблем оказывается степень, в которой более высокие оценки по показателям психопатологии, удовлетворённости жизнью и других переменных в качестве прокси связаны с другими сопутствующими состояниями (депрессия или ПРО).

Является ли сам нСХ источником стресса и нарушений?

Стыд и вина за нСХ часто следуют за вовлечением в это поведение. Если они считаются индикаторами дистресса или нарушения, последствия нСХ более

painful and expensive, under the influence of fashion, acquire an obsessive-violent character; dysmorphomania is also possible. K. Menninger wrote about "unnecessary" cosmetic surgery. An "art freak" would willfully change their face (with home injections of fillers) becoming a "Barbie". Tattoo and / or piercing freaks in a heterogeneous group.

The doctor and friend of Michael Jackson for 20 years said "The reason that he subjected himself to plastic surgery was a desire for self-mutilation and complete disrespect for himself."

Salla M. (22) since the age of 13, her face, neck, chest, ribs, abdomen, legs and arms are covered with tattoos, the tongue is split in two, the elven earlobes are stretched 4 cm. She plans to further change her appearance despite the pain and high cost of operations. On Instagram, she is called "the vegetal Internet princess" and "a friendly anarchist."

Criterion E is straightforward for DSM: NSSI or its consequences cause clinically significant distress or deterioration in important areas of functioning, which is hardly achievable in adolescents. Evaluation of the criterion is difficult, since adolescents, as a rule, believe that SI is useful for them specifically for coping with distress, but 80% of adolescents are ready to accept help [101].

According to self-reports, interference in school life, interpersonal relationships, study and leisure [19, 89] are most common; females are more likely to recognize deterioration and distress.

A recent conceptual model of NSSI as improving mood and relieving distress is considered successful; since it doesn't cause distress, most teens are reluctant to discontinue NSSI [96]. A comprehensive assessment of the degree to which SI behavior causes a clinically significant disorder or impairment may be required. Since NSSI is more often used to regulate emotions, adolescents do not always have a complete understanding of the problems of such behavior.

When distress and impairment are measured indirectly, the majority of people suffering with NSSI have a higher rate of impairment [96]. Psychiatric adolescent patients with NSSI have more pronounced suicide thoughts and attempts in the previous month, loneliness and problems of emotion regulation [8].

As long as these variables can be seen as mediators of distress and impairment, the value of criterion E is confirmed.

One of the key issues is the extent to which higher scores in psychopathology, life satisfaction, and other variables are proxied with other comorbid conditions (depression or BPD).

Is NSSI itself a source of stress and dis-

проблематичны. Важно уточнить, как оценивать критерий E и какие доказательства наиболее обоснованы.

Критерии B и C (оценка причин нСХ и познаний / эмоций до нСХ) подтверждены всеми (96-100%) респондентами [19, 89]. нСХ рассматривается решением, уменьшающим, а не влекущим дистресс [102].

Врачи обеспокоены нСХ и его последствиями, но подростки не всегда полагают нСХ нарушением повседневной жизни, в отличие от лечения, госпитализации. По сравнению с диагнозами, как депрессия, критерий дистресса / нарушения труднее применим, но отсеивает тех, кого не беспокоит и не ухудшает нСХ.

Критерий F определяет контекст, когда СХ *не следует* считать симптомом: не объяснены иными психическими и телесными расстройствами; не ограничены психозом, интоксикацией; не стереотипно повторяемы с высокой частотой (многokrатно в час) при нарушениях развития, аутизме (кусание рук, битьё головой о стену): ритмично, монотонно, безэмоционально (без стыда и вины) вне связи с окружением и ситуацией; не соотносится с трихотилломанией (МКБ-10: F63.3), расстройством ковыряния кожи (в DSM-5), или дерматилломанией.

Исключение нСХ в психозе выводит из диагностического рассмотрения бредовое самокалечение (убеждение «гаршинских типов», что СХ спасет мир) или СХ вследствие приказывающих «голосов». Но не любой с психозом в анамнезе механически исключен из диагноза нСХр. Многое зависит от клинического состояния при СХ, мотивации поведения (ценность критерия B).

К тому времени я уже привыкла расцарапывать себя до крови или резать ножом. Приятного в этом ничего не было, и это было, конечно, больно, но не смертельно. Я знала, что смогу это сделать. Я не знала, правда ли то, что говорил голос, но всё равно не хотела рисковать. Поэтому я делала то, что он мне велел. И не зря. Моя семья оставалась в живых, хотя, с другой стороны, у меня не было доказательства, что в противном случае они бы погибли. Это доказательство я могла бы получить, только если бы послушалась приказа, но если я всё же не зря себя резала, то экспериментировать было опасно, это могло стоить жизни всей моей семье. Я ни за что не согласилась бы пойти на такой риск и потому продолжала выполнять приказания. И с каждым разом, как я убеждалась в действительности такого поступка, отказаться от него в следующий раз становилось всё труднее. В общем-то, мне бы и не хотелось убедиться в том, что я напрасно столько раз уже наносила себе такие сильные раны. Это было бы совсем уж глупо и обидно. Поэтому я продолжала всё в том же духе. *Архильд Лаувенс «Завтра я всегда бывала львом»*

Приказывающие резать себя «голоса» могут полагаться подростку оберегающими («дружественными»), как Сократу – демонию, отвлекая от «более

turbance?

Shame and guilt for doing NSSI often follow the act of NSSI. If they are considered to be indicators of distress or impairment, the consequences of NSSI are more problematic. It is important to clarify how to assess criterion E and what evidence is most reasonable.

Criteria B and C (assessment of the causes of NSSI and cognition/emotions preceding NSSI) were confirmed by all (96-100%) respondents [19, 89]. NSSI is considered a solution that reduces distress rather than causes it [102].

Doctors are concerned about NSSI and its consequences, but adolescents do not always consider NSSI to be a disruption to daily life unlike treatment or hospitalization. Compared to diagnoses such as depression, the distress / impairment criterion is more difficult to identify, but it excludes those who are not worried or have their condition worsened by NSSI.

Criterion F defines the context when SI should not be considered a symptom: not explained by other mental and bodily disorders; not limited to psychosis, intoxication; not stereotypically repeated with a high frequency (many times per hour) for developmental disorders, autism (biting hands, hitting the head against a wall): rhythmically, monotonously, emotionlessly (without shame and guilt), out of touch with the situation and the situation; does not correlate with trichotillomania (ICD-10: F63.3), skin-picking disorder (in DSM-5), or dermatillomania.

The exclusion of NSSI in psychosis removes delusional self-distress (the belief of "Garshin types" that SH will save the world) or SH due to commanding "voices" from diagnostic consideration. But not everyone with a history of psychosis is mechanically excluded from the diagnosis of NSSI. Much depends on the clinical condition in SI, the motivation of behavior (value of criterion B).

By that time, I was already accustomed to scratching myself to blood or cutting with a knife. There was nothing pleasant in this, and it was, of course, painful, but not fatal. I knew I could do it. I didn't know if what the voice was saying was true, but I still didn't want to risk it. So, I did what it told me to. And for good reason. My family survived, although, on the other hand, I had no proof that otherwise they would have died. I could get this proof only if I disobeyed the order, but if I didn't cut myself in vain, then it was dangerous to experiment, it could cost the life of my whole family. I would never have agreed to take such a risk and therefore continued to follow orders. And each time, as I became convinced of the effectiveness of such an act, it became more and more difficult to refuse it next time. In general, I would not want to make sure that I have already inflicted

страшного» СП.

Членовредительство (самокалечение) – вариант аутоагрессивного поведения психически больных в виде склонности к физическому повреждению органов собственного тела при отсутствии суицидальных тенденций, как в связи с архаическим бредом персекуторного содержания, когда мнимыми врагами становятся части своего тела.

Выделены членовредительства с умеренными (при нСХ) и тяжёлыми (необратимыми) медицинскими последствиями. К последним отнесены брутальные нСХ в психозах [103].

«*Большое самокалечение*» [100] редко (единожды в жизни). Описаны самоампутации, самооскопления и энуклеации психотических больных [76] иногда с символическим смыслом [78, 104].

Уильям Майнор, один из соавторов Оксфордского словаря английского языка из-за бредовой убеждённости, что по ночам его похищают и заставляют совокупляться с детьми, отрезал свой пенис в психиатрической лечебнице.

нСХ больных шизофренией отличают вычурность, изощренность, жестокость, неожиданность (на «импульсивность» часто списывают огрехи надзора), трудно понимаемой мотивацией.

На другом полюсе «идейные» самокалечения, возможно, в состоянии суженного сознания

Пленённый юный патриций Муций в ответ угрозы пытки держал правую руку над огнем, пока она не обуглилась. Вторая версия: положил руку на пылающий алтарь в самонаказание за убийство по ошибке.

Русский апокрифический Сцевола, крестьянин на глазах изумлённых французов 1812 г. якобы отрубил себе топором руку со свежим клеймом раба, букву «N».

Никогда Европа не осмелится уже бороться с народом, который рубит сам себе руки и жжёт свою столицу. А. Пушкин «*Рославлев*»

в остром дистрессе (борьбы с грехом похоти) ...

Однажды на исповедь к Аввакуму пришла юная блудница. По церковным канонам она детально описала грехи, и если разум не покинул священника, то плоть взбунтовалась. Чтобы усмирить её, поп после исповеди простер ладонь над тремя горящими свечами. Боль победила греховные желания, а прихожане, чьё уважение к священнику удвоилось, потянулись к Аввакуму.

«Сейчас, – сказал он и, взяв топор в правую руку, положил указательный палец левой руки на чурбан, взмахнул топором и, ударил по нем ниже второго сустава ... Л. Толстой «*Отец Сергий*»

Расцарапывание кожи и вырывание волос исключены как наносящее малый вред здоровью.

нСХ сливается с патомимиями, имитацией болезней кожи и её придатков (дерматитов) ввиду расчёсов, расцарапывания, срывания элементов сыпи, струпьев, выдавливания угрей для эмоциональной разрядки подростком [105].

such severe wounds on myself so many times in vain. It would be very stupid and insulting. Therefore, I continued the same way. *Arnhold Lauweng "Tomorrow I was always a lion"*

The “voices” ordering to cut themselves can be considered by the adolescent to be protective (“friendly”), as Socrates does to the demons, distracting from the “more terrible” SB.

Self-harm (self-mutilation) is a variant of auto-aggressive behavior of mentally ill people in the form of a tendency to physical damage to the organs of their own body in the absence of suicidal tendencies, as in connection with archaic delusions of persecutory content, when parts of their bodies become imaginary enemies.

Self-harm with moderate (in case of NSSI) and severe (irreversible) *medical consequences are distinguished*. The latter include brutal NSSI in psychoses [103].

“Severe self-mutilation” [100] is rare (once in a lifetime). Self-amputation, self - emasculation and enucleation of psychotic patients [76] are described, sometimes with a symbolic meaning [78, 104].

William Minor, one of the co-authors of the Oxford English Dictionary cut off his penis in a mental hospital because of his delusional belief that he was kidnapped at night and forced to copulate with children.

NSSI patients with schizophrenia are distinguished by pretentiousness, sophistication, cruelty, unexpectedness (flaws in supervision are often attributed to “impulsivity”), and motivation that is difficult to understand.

The other extreme is “ideological” self-mutilation, possibly done in a state of narrowed consciousness

The captive young patrician Muzio, in response to the threat of torture, held his right hand over the fire until it was charred. The second version: he put his hand on the burning altar in self-punishment for murder by mistake.

In 1812 Scovola, a Russian apocryphal peasant allegedly chopped off his hand with a fresh slave brand – the letter “N” – with an ax right in front of the astonished French.

Europe will never dare to fight people who chop off their own hands and burns down their capital. A. Pushkin “*Roslavlev*”.

in acute distress (fighting the sin of lust) ...

Once a young harlot came to Habakkuk to confession. According to church canons, she described sins in detail, and if the mind did not leave the priest, then the flesh rebelled. To pacify her, the priest, after confession, stretched out his palm over three burning candles. Pain overcame sinful desires, and the parishioners, whose respect for the priest doubled, reached out to Habakkuk.

“Now,” he said taking the ax in his right hand and putting his index finger of his left hand on the

В тяжёлых случаях проблемный диагноз (невротического) расстройства эксфолиации кожи относят к «Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте», онихофагию, трихотилломанию – к «Расстройствам привычек и влечений» МКБ-10, соответственно).

Не однозначно место нСХ с рентными установками и целью мошенничества как имитация кожной болезни, поддержание (сюрсимуляция) болезни с примыканием синдрома Мюнхгаузена, приравненного в МКБ (F68.1) и ДСМ-5 к симуляции и возможного у подростков, травмирующихся с целью фабрикации симптомов.

СХ поведение проистекает из неспособности противостоять побуждению, люди с подобным расстройством могут раздумывать о СХ часами-днями и могут выполнять ритуальную последовательность действий: метить участки кожи, «маниакально» тщательно приводят в порядок орудия СХ. *Фавазца*

В дополнение к приготовлениям, которыми многие занимаются перед тем, как нанести самоповреждения, существуют и другие ритуалистические типы поведения, связанные с самим действием, некоторые пьют кровь или сохраняют её в небольших емкостях. Такие типы поведения выполняют функции контроля. *Фавазца*

В неклинических выборках подростков с критериями нСХр выше уровень симптомов депрессии, тревоги, гнев, ПТСР и диссоциации; чаще курят и употребляют ПАВ [19, 89].

В отечественной клинической выборке у более 20% пациентов с нСХр психогенные поведенческие расстройства на пике аффективного напряжения, характерологические (патохарактерологические) реакции в рамках имитативного индивидуального или группового поведения с целью показать личностную зрелость в контексте стихийной инициации, основанной на инстинктивных социобиологических механизмах [7].

Показаны отличия случайных и частыми (≥ 10 раз) нСХ, связанными с большей психопатологией [19]. В практике детской и подростковой психиатрии пять нСХ (по самоотчётам), возможно, нижний предел клинических выборок. Не выяснены различия тяжёлых и «незначительных» методов нСХ (кровотечение, кровоподтеки или боль) по отношению к числу случаев, что может привести к переоценке критерия А.

В практике детской и подростковой психиатрии пять нСХ (по самоотчётам), возможно, нижний предел клинических выборок. Не выяснены различия тяжёлых и «незначительных» методов нСХ (кровотечение, кровоподтеки или боль) по отношению к числу случаев. Это может привести к переоценке критерия А.

нСХр в клинических и неклинических выборках

block. After that he swung the ax and hit it below the second joint ... *L. Tolstoy "Father Sergius"*

Skin scratching and pulling hair out are excluded as causing minor harm to health.

NSSI can be confused with pathomimias, imitation of diseases of the skin and its appendages (dermatitis) due to scratching, itching, tearing off rash elements, scabs, squeezing out acne for emotional discharge by a teenager [105].

In severe cases, the problematic diagnosis of (neurotic) skin excoriation disorder is referred to as "Other emotional and behavioral disorders that usually begin in childhood and adolescence", onychophagia, trichotillomania and move on to "Habit and attachment disorders" ICD-10, respectively).

The place of NSSI with rental attitudes and the purpose of fraud is ambiguous as an imitation of a skin disease, maintenance (sursimulation) of the disease with the contiguity of Munchausen syndrome, equated in ICD (F68.1) and DSM-5 with simulation and possible in adolescents injured for the purpose of fabrication of symptoms.

SI behavior stems from the inability to resist the urge, people with such a disorder can ponder about SI for hours or days and can perform a ritual sequence of actions: mark areas of the skin, "maniacally" carefully put the SI tools in order.

In addition to the preparations that many people undertake before inflicting self-harm, there are other ritualistic behaviors associated with the act itself, like drinking blood or storing it in small containers. These types of behavior serve as control functions.

In non-clinical samples of adolescents with NSSI criteria, the level of symptoms of depression, anxiety, anger, PTSD, and dissociation is higher; they smoke and use surfactants more often [19, 89].

In the Russian clinical sample, more than 20% of patients with NSSI have psychogenic behavioral disorders at the peak of affective tension, characterological (pathocharacterological) reactions within the framework of imitative individual or group behavior in order to show personal maturity in the context of spontaneous initiation based on instinct which are active sociobiological mechanisms [7].

Differences between random and frequent (≥ 10 times) NSSI associated with greater psychopathology have been shown [19]. In practical child and adolescent psychiatry, five (self-reported) cases of NSSI are possibly the lower limit of clinical samples. Differences between severe and mild NSSI methods (bleeding, bruising or pain) in relation to the number of cases have not been clarified. This may lead to overestimation of criterion A.

NSSI in clinical and non-clinical samples is associated with other mental disorders [89]:

сочетаны с иными психическими расстройствами [89]: депрессивными (72,5-79,5%), тревожными расстройствами (72,5-89%), ПТСР (25-28%), ПЛР (20,5-52%). У больничных больных с нСХр чаще суицидальные мысли (67 vs 29%), планы, попытки самоубийств (24 vs 9%), чем без.

Больничные больные нСХр чаще страдали клинической депрессией (79,5 vs 30%), тревожным расстройством (73,5 vs 41%), булимией (18 vs 0%), ПРЛ (52 vs 15%) и их сочетаниями, чем не соответствующие критериям нСХ расстройства [8, 97].

Менее 7% подростков соответствуют критериям нСХр по сравнению с 19% с историей и 49% – повторными нСХ [19].

Среди подростков с нСХ 46-78% [19, 89] соответствуют критериям СХр, причём чаще девы.

У бакалавров с СХ в анамнезе более ½ (55%), по самоотчётам, соответствовала критериям нСХр, не соответствовали – обычно по критериям А (частота нСХ) и Е (дистресс или нарушение, связанные с нСХ). Согласно литературе, наиболее часто упоминаемыми причинами нСХ были отрицательные чувства или мысли (критерий С2). Участники, соответствующие критериям нСХр, сообщили о более тяжёлой депрессии, тревоге [89].

Основные сокращения

- Пограничное расстройство личности – ПРЛ
- Посттравматическое стрессовое расстройство – ПТСР
- Психоактивные вещества – ПАВ
- Самоповреждение (мысли, поведение) – СХ
- Несуицидальное самповреждение – нСХ
- Несуицидальное самповреждение, расстройство – нСХр
- Суицидальное поведение – СП
- Уровень суицидов – УС

Литература / References:

1. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. 445 с. [Mendelevich V.D. Psychology of deviant behavior: Textbook. Moscow: UNITI-DANA, 2015. 445 p.] (In Russ)
2. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: Ленанд; 2017. [Polskaya N.A. Psychology of self-injuring behavior. Moscow: Lenand; 2017.] (In Russ)
3. Ворошилин С.И. Самоповреждения и влечения к модификации тела как парциальные нарушения инстинкта самосохранения. *Суицидология*. 2012; 4: 40-52. [Voroshilin S.I. Self-Harm and attraction to body modification as partial violations of the self-preservation instinct. *Suicidology*. 2012; 4: 40-52.] (In Russ)
4. Nock M.K., Favazza A.R. Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. Nock MK, ed. *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. Washington, DC, US: American Psychological Association. 2009: 9–18.
5. Nock M.K. Self-Injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010; 6: 339–363.
6. Скрыбин Е.Г., Зотов П.Б. Основные характеристики умышленных самопорезов у детей и подростков в Тюмени (Западная Сибирь). *Академический журнал Западной Сибири*. 2020; 16 (3): 62-64. [Skryabin E.G., Zotov P.B. Main characteristics of

depressive (72.5-79.5%), anxiety disorders (72.5-89%), PTSD (25-28%), BPD (20.5-52%). In inpatient samples with NSSI, suicidal thoughts (67 vs 29%), plans, and suicide attempts (24 vs 9%) are more common than in samples without NSSI.

Hospital patients with NSSI suffered from clinical depression (79.5 vs 30%), anxiety disorder (73.5 vs 41%), bulimia (18 vs 0%), BPD (52 vs 15%) and their combinations more often than those patients who do not meet the criteria for NSSI disorders [8, 97].

Less than 7% of adolescents meet the criteria for NSSI, compared to 19% with a history and 49% with repeated NSSI [19].

Among adolescents with NSSI, 46-78% [19, 89] actually meet the criteria for NSSI, more often females.

According to self-reports, among bachelor students with a history of NSSI, more than ½ (55%) met the criteria for NSSI, those who did not meet NSSI criteria usually didn't because of criteria A (frequency of NSSI) and E (distress or impairment associated with NSSI). According to the literature, the most frequently cited reasons for NSSI were negative feelings or thoughts (criterion C2). Participants meeting the NSSI criteria reported more severe depression and anxiety [89].

Main abbreviations:

- Borderline Personality Disorder – BPD
- Post-traumatic stress disorder – PTSD
- Psychoactive substances – PAS
- Self-harm (thoughts, behavior) – SH
- Non-suicidal self-harm – nSH
- Non-suicidal self-harm, disorder – nSHd
- Suicidal Behavior – SB
- Suicide rate – SR

- intentional self-cutting in children and adolescents in Tyumen (Western Siberia). *Academic journal of Western Siberia*. 2020; 16 (3): 62-64.] (In Russ)
7. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., Данилова Л.Ю., Грачев В.В. Феноменологический анализ несуйцидальных самоповреждений у подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017; 117 (7): 10–15. [Levkovskaya O. B., Shevchenko Yu.S., Danilova L.Yu., Grachev V.V. Phenomenological analysis of non-suicidal self-harm in adolescents. *Journal of neurology and psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2017; 117 (7): 10–15.] (In Russ)
8. Glenn C.R., Klonsky E.D. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013; 42: 496–507. DOI: 10.1080/15374416.2013.794699
9. Favazza AR. Bodies under Siege: Self-Mutilation in Culture and Psychiatry. Baltimore: John Hopkins Press, 1987.
10. Анзье Д. Я-кожа. Пер. франц. Эрго, 2012. 302 с. [Ansie D. I-skin. Per. Frantz. Ergo, 2012. 302 p.] (In Russ)
11. Ross R.R., McKay H.B. Self-Mutilation. Lexington Books, 1979.
12. Brunner R., Kaess M., Parzer P., et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014; 55: 337–348. DOI: 10.1111/jcpp.12166

13. Rosenthal R.J., Rinzler C., Wallsh R., Klausner E. Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *Am J Psychiatry*. 1972; 128: 1363–1368.
14. Simpson M.A. The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting. *Can Psychiatr Assoc J*. 1975; 20: 429–434.
15. Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006; 117 (6): 1939–1948. DOI: 10.1542/peds.2005–43
16. Gillies D., Christou M.A., Dixon A.C., et al. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 57 (10): 733–741.
17. Nicholson C. More teenage girls are self-harming than ever before – here’s why. The Conversation. Available from: <https://theconversation.com/more-teenage-girls-are-selfharming-than-ever-before-heres-why-86010> Accessed on September 12, 2019.
18. Hawton K., Saunders K.E., O’Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012; 379: 2373–2382.
19. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015; 9: 31.
20. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Намеренные несуицидальные самоповреждения подростков. Часть I: поиск медицинской помощи, или «Путь далёкий до Типперери». *Суицидология*. 2020; 11 (2): 15–32. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Adolescent Deliberate self-harm. Part I: Help-Seeking Behavior, OR «It’s A long way to Tippereri». *Suicidology*. 2020; 11 (2): 15–32.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-15-32
21. Morgan C, Webb RT, Carr M.J, et al. Incidence, clinical management, and mortality risk following self-harm among children and adolescents: Cohort study in primary care. *BMJ*. 2017; 359: j4351.
22. Ruch D.A., Sheftall A.H., Schlagbaum P., et al. Trends in suicide among youth aged 10 to 19 years in the United States, 1975 to 2016. *JAMA Netw Open*. 2019; 2 (5): e193886.
23. Cho J., Choi Y. Patterns of wrist cutting: A retrospective analysis of 115 suicide attempts. *Arch Plast Surg*. 2020; 47 (3): 250–255. DOI: 10.5999/aps.2020.00059
24. Victor S.E., Muehlenkamp JJ, Hayes NA, et al. Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Compr Psychiatry*. 2018; 82: 53–60. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.01.009
25. Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32 (6): 482–495. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.05.003
26. Groschwitz R.C., Kaess M., Fischer G., et al. The association of nonsuicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2015; 228: 454–461.
27. Ribeiro J.D., Franklin J.C., Fox K.R., et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2015; 46 (2): 225–236. DOI: 10.1017/S0033291715001804
28. Fox K.R., Millner A.J., Franklin J.C. Classifying nonsuicidal overdoses: Nonsuicidal self-injury, suicide attempts, or neither? *Psychiatry Res*. 2016; 244: 235–242.
29. Taylor P.J., Jomar K., Dhingra K., et al. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *J Affect Disord*. 2018; 227: 759–769. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.073
30. Franklin J.C., Puzia M.E., Lee K.M., Prinstein M.J. Low implicit and explicit aversion toward self-cutting stimuli longitudinally predict nonsuicidal self-injury. *J Abnorm Psychol*. 2014; 123: 463–469. DOI: 10.1037/a0036436
31. Walsh C.G., Ribeiro J.D., Franklin J.C. Predicting risk of suicide attempts over time through machine learning. *Clin Psychol Sci*. 2017; 5: 457–469. DOI: 10.1177/2167702617691560
32. Simon G.E., Stewart C., Yarborough B.J., et al. Mortality rates after the first diagnosis of psychotic disorder in adolescents and young adults. *JAMA Psychiatry*. 2018; 75: 254–260. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4437
33. Barrett L.F., Satpute A.B. Historical pitfalls and new directions in the neuroscience of emotion. *Neurosci Lett*. 2019; 693: 9–18. DOI: 10.1016/j.neulet.2017.07.045
34. Barrett L.F. The theory of constructed emotion: an active inference account of interoception and categorization. *Soc Cognit Affect Neurosci*. 2017; 12: 1–23. DOI: 10.1093/scan/nsw154
35. Siegel E.H., Sands M.K., Van den Noortgate W., et al. Emotion fingerprints or emotion populations? A meta-analytic investigation of autonomic features of emotion categories. *Psychol Bull*. 2018; 144: 343–393. DOI: 10.1037/bul0000128
36. Lindquist K.A., Wager T.D., Kober H., et al. The brain basis of emotion: A meta-analytic review. *Behav Brain Sci*. 2012; 35: 121–143. DOI: 10.1017/S0140525X11000446
37. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1996; 6 (4): 14–20. [Ambrumova A.G. Psychology of suicide. *Social and clinical psychiatry*. 1996; 6 (4): 14–20.] (In Russ)
38. Cuddy-Casey M., Orvaschel H. Children’s understanding of death in relation to child suicidality and homicidality. *Clin Psychol Rev*. 1997; 17: 33–45. DOI: 10.1016/S0272-7358(96)00044-X
39. Mishara B.L. Conceptions of death and suicide in children ages 6–12 and their implications for suicide prevention. *Suicide Life-Threat Behav*. 1999; 29: 105–118. DOI: 10.1111/j.1943-278X.1999.tb01049.x
40. Nock M.K., Green J.G., Hwang I., McLaughlin K.A., Sampson N.A., et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70: 300–310. DOI: 10.1001/2013.jamapsychiatry.55
41. Franklin J.C., Huang X., Bastidas D. Development of a translational approach for studying suicide causes. *Behav Res Ther*. 2019; 120: 1–10. DOI: 10.1016/j.brat.2018.12.013
42. Huang X., Franklin J.C. Virtual reality suicide: A new method for identifying suicidality causes and treatment targets. *Int Summit Suicide Res*. Miami, FL, 2019. Available at: <https://pmg.joynadmin.org/documents/1013/5daf102c68ed3f216d2a47f6.pdf>. [Google Scholar]
43. Linthicum KP, Harris L, Ribeiro JD. But, what if?: An experimental study of the effects of uncertainty on suicidal behavior. *Int Summit Suicide Res*. Miami, FL, 2019. Available at: <https://pmg.joynadmin.org/documents/1013/5daf102c68ed3f216d2a47f6.pdf>
44. Huang X., Ribeiro J.D., Franklin J.C. The differences between individuals engaging in nonsuicidal self-injury and suicide attempt are complex (vs. complicated or simple). *Front Psychiatry*. 2020; 11: 239. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00239
45. Sorenson S.B., Shen H, Kraus J.F. Undetermined manner of death. A comparison with unintentional injury, suicide, and homicide death. *Eval. Rev*. 1997; 21: 43–57. DOI: 10.1177/0193841X9702100103
46. Glenn C.R., Lanzillo E.C., Esposito E.C., et al. Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2017; 45 (5): 971–983.
47. Cha C.B., Franz P.J., Guzmán M.E., et al. Annual Research Review: suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018; 59: 460–482.
48. Koenig J., Brunner R., Fischer G., et al. Prospective risk for suicidal thoughts and behaviour in adolescents with onset, maintenance or cessation of direct self-injurious behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 26: 345–354.
49. Coppersmith DDL, Nada-Raja S, Beautrais AL. Non-suicidal self-injury and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Affect Disord*. 2017; 221: 89–96.
50. Chesin M.S., Galfavy H., Sonmez C.C., et al. Nonsuicidal self-injury is predictive of suicide attempts among individuals with mood disorders. *Suicide Life Threat Behav*. 2017; 47 (5): 567–579. DOI: 10.1111/sltb.12331
51. Wilkinson P., Kelvin R., Roberts C., et al. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry*. 2011; 168 (5): 495–501.

52. Center for Disease Control and Prevention: 10 leading causes of death by age group. United States, 2017.
53. Hawton K., Bergen H., Cooper J., et al. Suicide following self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000-2012. *J Affect Disord.* 2015; 175: 147–151.
54. Kann L., McManus T., Harris W.A., et al. Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2017. *MMWR Surveill Summ.* 2018; 67 (8): 1–114.
55. Olfson M, Wall M, Crystal S, et al. Suicide After Deliberate Self-Harm in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics.* 2018;141(4): e20173517. DOI: 10.1542/peds.2017-3517.
56. Hawton K., Zahl D., Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry.* 2003; 182: 537–542. DOI: 10.1192/bjp.182.6.537
57. Castellví P., Lucas-Romero E., Miranda-Mendizábal A., et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017; 215: 37–48.
58. Cox L.J., Stanley B.H., Melhem N.M., et al. A longitudinal study of nonsuicidal self-injury in offspring at high risk for mood disorder. *J Clin Psychiatry.* 2012; 73 (6): 821–888.
59. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide attempts and non-suicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011; 50: 772–781.
60. Glenn C, Klonsky ED. Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personal Individ Differ.* 2009; 46: 25–29. DOI: 10.1016/j.paid.2008.08.020
61. Paul E, Tsypes A, Eidlitz L, et al. Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Res.* 2015; 225: 276–282. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.12.026
62. NICE Self-harm Quality standard [QS34], 2013. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs34>
63. Beckman K., Mittendorf-Rutz E., Waern M., et al. Method of self-harm in adolescents and young adults and risk of subsequent suicide. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018; 59 (9): 948-956. DOI: 10.1111/jcpp.12883
64. Carroll R, Metcalfe C., Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2014; 9 (2): e89944. DOI: 10.1371/journal.pone.0089944
65. Aseltine R.H., James A., Schilling E.A., Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: A replication and extension. *BioMed Cent. Public Health.* 2007; 7: 161–168.
66. Bridge J.A. Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006; 47: 372–394.
67. Whitlock J., Muehlenkamp J., Eckenrode J., et al. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *J Adolesc Health.* 2013; 52: 486–492.
68. Meehan P.J., Lamb J.A., Saltzman L.E., O'Carroll P.W. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry.* 1992; 149: 41–44.
69. Brenner N.D., Krug E.G., Simon T.R. Trends in suicide ideation and suicidal behavior among high school students in the United States, 1991–1997. *Suicide Life Threat Behav.* 2000; 30: 304–312.
70. Wilkinson P. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013; 22 (1): 75–79. DOI: 10.1007/s00787-012-0365-7
71. Curtin S.C., Warner M., Hedegaard H. Increase in Suicide in the United States, 1999-2014. *NCHS Data Brief.* 2016; 241: 1–8.
72. Jacobson C.M., Muehlenkamp J.J., Miller A.L., Turner J.B. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008; 37: 363–75. DOI: 10.1080/15374410801955771
73. Meerwijk E.L., Parekh A., Oquendo M.A., et al. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3 (6): 544–554.
74. Walsh BW. *Treating self-injury: a practical guide.* NY: Guilford Press; 2006.
75. Guan K., Fox K.R., Prinstein M.J. Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *J Consult Clin Psychol.* 2012; 80: 842–849. DOI: 10.1037/a0029429
76. Kerr P.L., Muehlenkamp J.J., Turner J.M. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med.* 2010; 23 (2): 240–259. DOI: 10.3122/jabfm.2010.02.090110
77. Berger E., Hasking P., Martin G. Adolescents' perspectives of youth non-suicidal self-injury prevention. *Youth Soc.* 2017; 49: 3–22.
78. Сергеев И.И., Левина С.Д. Несуицидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра. М: Цифровичок, 2009. 171 с. [Sergeev I.I., Levina S.D. Non-suicidal self-harm in schizophrenic spectrum disorders. Moscow: Digitalichok, 2009. 171 p.] (In Russ)
79. Peterson C., Xu L., Leemis R.W., Stone D.M. Repeat Self-Inflicted Injury Among U.S. Youth in a Large Medical Claims Database. *Am J Prev Med.* 2019; 56 (3): 411-419. DOI: 10.1016/j.amepre.2018.09.009
80. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Куликов А.Н. и соавт. Комплексная (эпидемиологическая, клинико-социальная и экономическая) оценка парасуицидов как причин госпитализаций в многопрофильные больницы. *Суицидология.* 2018; 9 (3): 16-29. [Lyubov E.B., Zotov P.B., Kulikov A.N. et al. Integrated (epidemiological, clinical, social, and cost) assessment of parasuicides as the reasons of hospitalization in multidisciplinary hospitals. *Suicidology.* 2018; 9 (3): 16-29.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-16-29
81. Idenfors H., Strömsten L.M.J., Renberg E.S. Are non-psychiatric hospitalisations before self-harm associated with an increased risk for suicide among young people? *J Psychosom Res.* 2019; 120: 96–101. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.02.013
82. Sawyer M.G., Arney F.M., Baghurst P.A., et al. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust NZ J Psychiatry.* 2001; 35 (6): 806–814.
83. Houston K., Haw C., Townsend E., Hawton K. General practitioner contacts with patients before and after deliberate self-harm. *Br J Gen Pract.* 2003; 53 (490): 365–370.
84. Ystgaard M., Arensman E., Hawton K., et al. Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *J Adolesc.* 2009; 4: 875–891.
85. Kelada L., Whitlock J., Hasking P., Melvin G. Parents' experiences of nonsuicidal self-injury among adolescents and young adults. *J Child Fam Stud.* 2016; 25: 3403–3416.
86. Stanford S., Jones M.P. Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and 'normal' groups among adolescents who self-harm. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009; 50: 807–815.
87. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
88. Plener P.L., Kapusta N.D., Brunner R., Kaess M. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal behavior disorder in the DSM-5. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2014; 42: 405-413. DOI: 10.1024/1422-4917/a000319
89. Zetterqvist M., Perini I., Mayo L.M., Gustafsson P.A. Nonsuicidal self-injury disorder in adolescents: clinical utility of the diagnosis using the clinical assessment of nonsuicidal self-injury disorder index front. *Psychiatry.* 2020; 11: 8. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00008
90. Bjärehed J., Wängby-Lundh M., Lundh L-G. Nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents: subgroups, stability, and associations with psychological difficulties. *J Res Adolesc.* 2012; 22: 678–693. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2012.00817.x
91. Hamza C.A., Willoughby T. Nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A latent class analysis among young adults. *PLoS One.* 2013; 8 (3): e59955

92. Muehlenkamp J.J., Brausch A.M., Washburn J.J. How much is enough? Examining frequency criteria for NSSI disorder in adolescent inpatients. *J Consult Clin Psychol.* 2017; 85 (6): 611–619. DOI: 10.1037/ccp0000209
93. Gratz K.L., Dixon-Gordon K.L., Chapman A.L., Tull M.T. Diagnosis and characterization of DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder using the clinician-administered nonsuicidal self-injury disorder index. Assessment. 2015.
94. Brausch A.M., Muehlenkamp J.J., Washburn J.J. Nonsuicidal self-injury disorder: Does criterion B add diagnostic utility? *Psychiatry Res.* 2016; 244: 179–184. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.07.025
95. Welch S.S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv.* 2001; 52: 368–375.
96. Hooley J.M., Franklin J.C. Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Sci.* 2018; 6 (3): 428–451. DOI: 10.1177/2167702617745641
97. Klonsky E.D. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Res.* 2009; 166: 260–268. DOI: 10.1016/j.psychres.2008.02.008
98. Борохов А. Многоосевая классификация татуировок для интегральной оценки проявлений психопатологии личности носителя. Часть 1. *Медицинская психология в России.* 2018; 10 (1): 10. [Borokhov A. Multi-Axis classification of tattoos for integral assessment of manifestations of psychopathology of the carrier's personality. Part 1. *Medical psychology in Russia.* 2018; 10 (1): 10.] (In Russ) DOI: 10.24411/2219-8245-2018-11100
99. Меринов А.В., Васильева Д.М. Татуировки у девушек: их значение для суицидологической практики. *Суицидология.* 2020; 11 (1): 153-159. [Merinov A.V., Vasilyeva D.M. Girls' tattoos: their significance for suicidological practice. *Suicidology.* 2020; 11 (1): 153-159.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-153-159
100. Favazza A.R., Rosenthal R.J. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Commun Psychiatry.* 1993; 44 (2): 134–140. DOI: 10.1176/ps.44.2.13
101. In-Albon T., Ruf C., Schmid M. Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry J.* 2013; 4.
102. Wilkinson P., Goodyer I. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2011; 20: 103–108. DOI: 10.1007/s00787-010-0156-y
103. Walsh B.W., Rosen P.M. Self Mutilation: Theory, Research and Treatment, Guilford: NY, 1988.
104. Greydanus D.E., Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio J Med.* 2009; 58: 144-151.
105. Гребенюк В.Н. Патомимии (обзор литературы). *Вестник дерматологии.* 1977; 9: 28-32. [Grebennyuk V.N. Patomimii (literature review). *The journal of dermatology.* 1977; 9: 28-32.] (In Russ)

ADOLESCENTS NON-SUICIDAL SELF-INJURY: GENERAL AND PARTICULAR. Part II.

E.B. Lyubov, P.B. Zotov

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

The second part of the literature review discusses the characteristics of non-suicidal behavior as part of the continuum of self-injury on the example of adolescents, their characteristics, age and gender aspects, relation to suicidal and aggressive behavior, the burden of self-harm, place in psychiatric classifications; special attention is paid to the working criteria of the syndrome of non-suicidal self-injury DSM-4-5 and their diagnostic and clinical significance. *Key words:* non-suicidal self-harm, adolescents, characteristics, methods, diagnosis.

Keywords: self-harm, non-suicidal self-harm, prevalence, risk factors

Вклад авторов:

E.B. Любов: разработка дизайна исследования, обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи;
П.Б. Зотов: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

E.B. Lyubov: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article editing;
P.B. Zotov: reviewing of publications of the article's theme; article writing, article editing.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 02.10.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 19.12.2020.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть II. *Суицидология.* 2020; 11 (4): 25-55. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-26-55

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. Adolescents non-suicidal self-injury: general and particular. Part II. *Suicidology.* 2020; 11 (4): 26-55. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-26-55

САМОУБИЙСТВА В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ – СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

В.А. Розанов

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия
ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М.Бехтерева" Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

SUICIDES IN THE ARMED FORCES – A SUICIDOLOGICAL ANALYSIS

V.A. Rozanov

Saint-Petersburg State University, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russian Federation

Информация об авторе:

Розанов Всеволод Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: профессор кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6; главный научный сотрудник отделения пограничных расстройств и психотерапии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева" Минздрава России. Адрес: Россия, 192019, ул. Бехтерева, 3. Телефон: +7 (812) 324-25-74; электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Information about the author:

Rozanov Vsevolod Anatolievich – MD, Ph.D., Professor (SPIN-code: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Place of work and position: Professor at the Chair of Psychology of Health and Deviant Behavior, Department of Psychology of "St. Petersburg State University". Address: Russia, 199034, St. Petersburg, Makarova embankment, 6. Chief Scientist, Department of Borderline Disorders and Psychotherapy, "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology". Address: Russia, 192019, Bekhtereva st., 3. Phone: +7 (812) 324-25-74; email: v.rozanov@spbu.ru

Цель данного описательного обзора – проанализировать исторические и современные аспекты проблемы суицидального поведения в воинской среде. Взгляды на самоубийства в армии, высказанные ещё Дюркгеймом, всё ещё влияют на наше понимание этого феномена, однако новые тенденции в сфере психического здоровья молодых людей становятся более существенными. Суициды в вооруженных силах (ВС) во многом зависят от престижа армии в обществе и тех стандартов, которые практикуются при призыве или привлечении к службе по контракту. Как правило благодаря отбору уровень суицидов в ВС ниже, чем среди соответствующих половозрастных групп гражданского населения, хотя из этого правила бывают исключения. Опыт организации исследований факторов риска суицидального поведения в США в последние годы, а также наблюдения военных психиатров в России говорят о том, что психическое здоровье новобранцев и военнослужащих выходит на ведущие позиции в ряду факторов риска по сравнению с социо-экономическими факторами. Во многих странах мира разрабатываются и действуют внутриармейские программы превенции, многие из них реализуются в партнерстве между ведомственными и гражданскими специалистами и построены по проектному принципу. Ядром большинства программ является стратегия психообразования, включающая освоение широкими контингентами, от командования до отдельных военнослужащих, объективных знаний о самоубийстве, о психическом здоровье, возможностях получения помощи и поддержки и умения оказать помощь товарищу при появлении признаков суицидальной угрозы. В обзоре приведен пример успешной программы превенции на основе стратегии психообразования.

Ключевые слова: самоубийство, суицидальное поведение, факторы риска, психическое здоровье, вооруженные силы, программы превенции

Самоубийство в вооруженных силах – это всегда событие, привлекающее внимание общественности, а также крайне неприятное явление для самих вооруженных сил (ВС). В коллективном сознании военнослужащий ассоциируется с представлениями об особых качествах личности, крепости духа и отваге. Все это формирует образ физически подготовленного и бесстрашного

Suicide in the armed forces is always an event that attracts public attention, as well as an extremely unpleasant phenomenon for the armed forces (AF) as a state body. In the collective consciousness, a soldier is associated with ideas about special personality traits, inner force and courage. This forms the image of a physically prepared and fear-

воина, привыкшего к спартанским условиям и тяготам жизни. Однако времена меняются, и сегодня в вооруженных силах неуклонно растёт доля тех, кто занимается отслеживанием информационных потоков, управляет сложными компьютеризированными системами, занимается программированием, обеспечением кибербезопасности и другими высокотехнологичными вещами. Служба в армии всё больше напоминает высокострессовую интеллектуальную работу, где высоки требования к когнитивным возможностям, технологическим знаниям, информационно-аналитическим навыкам и психологической устойчивости. Темп и сложность военных действий растёт столь интенсивно, что вскоре человеческих способностей будет недостаточно, и будет подключаться искусственный интеллект. Появление его на поле боя означает новый виток психоэмоционального напряжения, поскольку резко сократится время принятия решений на разных уровнях командования.

Вооруженные силы, командиры всех уровней, различные службы стремятся предельно снизить все суицидальные проявления, справедливо считая их угрозой психологическому состоянию своих рядов. Из всех социально значимых структур армия, МВД, МЧС и пенитенциарная система наиболее заинтересованы в том, чтобы среди личного состава, офицеров, всех категорий служащих не случались суициды, особенно непосредственно на рабочих местах. Как правило, основные обязанности по разработке и внедрению программ предупреждения суицидов возлагается на медицинскую и психологическую службы, что не всегда оправданно, поскольку это комплексная проблема, требующая внимания командиров всех уровней и всей системы, всего ведомства. При этом вопрос о факторах риска суицидов и других проявлений суицидального поведения в вооруженных силах, особенно в современной ситуации, остаётся не до конца прояснённым, и меры превенции не всегда позволяют добиться желаемого результата [1-3].

В настоящем обзоре мы попытались оценить ситуацию с суицидами в вооруженных силах (и может быть даже шире – в различных военизированных структурах, построенных по принципу жёсткой дисциплины) с позиций биопсихосоциального подхода, но в современном контексте, охватив открытую информацию из разных стран. При этом, как следует из названия статьи, это скорее «взгляд со стороны», то есть анализ суицидолога и специалиста по психическому здоровью, но не военного психиатра или психолога. Возможно, описание проблемы как междисциплинарной, причём с учётом вызовов сегодняшнего дня, будет полезным для профессионалов, вовлечённых в меры превенции внутри военной системы, где действуют определённые устоявшиеся стандарты и принципы.

less warrior, accustomed to the Spartan conditions and hardships of life. However, the times are changing, and in the armed forces today there is a steadily growing share of those engaged in tracking information flows, managing complex computerized systems, programming, cybersecurity and other high-tech things. Military service is increasingly reminiscent of highly stressful intellectual work, where the requirements for cognitive capabilities, technological knowledge, information and analytical skills, and psychological stability are high. The pace and complexity of hostilities is growing so intensively that soon human capabilities will not be enough, and artificial intelligence will be engaged. Its appearance on the battlefield will mark a new round of psychoemotional stress, since the time for making decisions at different levels of command will be sharply reduced.

The armed forces, commanders of all levels, various services strive to reduce all suicidal manifestations to the utmost, reasonably considering them a threat to the psychological state of their structures. Of all socially significant structures, the army, the Ministry of Internal Affairs, the Ministry of Emergency Situations and the penitentiary system are most interested in ensuring that suicides do not occur among personnel, officers, and all categories of employees, especially in the workplace. As a rule, the main responsibilities for the development and implementation of suicide prevention programs are assigned to the medical and psychological services, which is not always justified, since this is a complex problem that requires the attention of commanders at all levels and the entire system, the entire structure. At the same time, the issue of suicide risk factors and other manifestations of suicidal behavior in the armed forces, especially in the current situation, remains not fully clarified, and preventive measures do not always allow achieving the desired result [1-3].

In this review, we tried to assess the situation with suicides in the armed forces (and maybe even more broadly – in various paramilitary structures built on the principle of strict discipline) from the standpoint of a biopsychosocial approach, but in a modern context, covering open information from different countries. At the same time, as the title of the article implies, this is more of a “perspective from the outside”, that is, an analysis of a suicidologist and mental health specialist, but not a military psychiatrist or

Историческая справка.

Самоубийства военных известны с тех самых пор, как стали известны регулярные воинские подразделения. В основном упоминаются различные ситуации, когда солдаты или офицеры предпочли смерть пленению и пыткам, чтобы не выдать военной тайны, спасти свою честь, или самоубийства военных предводителей в ситуации проигранного сражения и неминуемого позора. Когда 29 августа 1792 года Верден был осаждён 60-тысячным корпусом герцога Брауншвейгского, который спешил подавить революционные волнения во Франции, местный муниципалитет вынес решение о капитуляции, но комендант города полковник Борепер предпочёл покончить жизнь самоубийством. Он уже знал судьбу другого коменданта – генерала Лаверна, который защищал свою крепость Лонгви до последнего патрона, а когда израненный добрался до Парижа, всё равно был заклеймён революционерами как трус. Другая история – после проигранного Трафальгарского сражения и английского плена, якобы опасаясь гнева Наполеона за срыв экспедиции в Англию и потерю флота, убивает себя адмирал Вильнев. Самоубийство Вильнева подвергалось сомнению, на самом деле он скорее всего был убит французами, а самоубийство было инсценировано. Два этих случая упоминаются Дюркгеймом в его социологическом этюде как примеры, когда смерть избавляет от позора поражения [4], однако если их внимательно проанализировать, мотивы, контекст и суть события отличаются, причём огромную роль играет общественное восприятие произошедшего и его последующая оценка «для истории».

Дюркгейм пытается вывести «общую формулу» самоубийства, используя сведения о суициде в армии для обоснования одного из постулированных им видов – альтруистического самоубийства. Его мнение однозначно: «... социальная среда, где альтруистический тип самоубийств может считаться явлением обыденным, – это армия». Дюркгейм противопоставляет тем самым самоубийство солдата или офицера «эгоистическому» или «аномическому» самоубийству гражданских. Он допускает, что самоубийство военнослужащего «по своей природе может иногда не иметь ничего военного», но считает, что «здесь определяющую роль играет то состояние альтруизма, вне которого не может быть военного духа» [4].

Самоубийства в вооруженных силах во время войны и мирное время.

Лестер (Lester), обсуждая и трактуя Дюркгейма, указывает на соотношение двух упоминаемых им факторов – социальной интеграции (степень спаянности нации или общества) и социальной регуляции (мера того, насколько устремления и поведение членов общества регулируются принятыми в обществе нормами, традициями и законами) [5]. Если степень социальной интеграции резко снижена, более вероятно *эгоистическое* само-

psychologist. Perhaps, describing the problem as interdisciplinary, taking into account the challenges of today, will be useful for professionals involved in preventive measures within the military system, where certain well-established standards and principles operate.

History reference.

Military suicides have been known ever since regular military units came to exist. Basically, various situations are mentioned when soldiers or officers preferred death to captivity and torture in order not to betray military secrets, to save their honor, or the suicides of military leaders in a situation of a lost battle and imminent shame. When on August 29, 1792, Verdun was besieged by the 60-thousand corps of the Duke of Braunschweig, who rushed to suppress revolutionary unrest in France, while the local municipality commanded to surrender, the commandant of the city, Colonel Beureper, chose to commit suicide. He already knew the fate of another commandant – General Laverne who defended his fortress Longwy to the last patron, and when he got wounded in Paris, he was still branded as a coward by the revolutionaries. Another story – after having lost the Battle of Trafalgar and being captivated by the English, allegedly fearing Napoleon's anger for disrupting the expedition to England and the loss of the fleet, Admiral Villeneuve killed himself. Villeneuve's suicide was dubitable, in fact, he was most likely killed by the French, and the suicide was staged. These two cases are mentioned by Durkheim in his sociological study as examples when death relieves the shame of defeat [4], but if they are carefully analyzed, the motives, context and essence of the event differ, and the public perception of what happened plays a huge role and his subsequent assessment "for history."

Durkheim tries to derive a "general formula" for suicide, using information about suicide in the army to substantiate one of the types he posited – altruistic self-murder. His opinion is unambiguous: "... the social environment where the altruistic type of suicide can be considered a common phenomenon is the army." Durkheim thus contrasts the suicide of a soldier or officer with the "selfish" or "anomical" suicide of civilians. He admits that the suicide of a serviceman "by its nature may sometimes have nothing military", but believes that "here the state of altruism plays a decisive role, outside of which there can be no military spirit" [4].

убийство, в то время как высокая степень объединения общества, подчиненность личности общей цели, делает более вероятным *альтруистическое* самоубийство. Соответственно, слишком низкий уровень социальной регуляции, то есть свобода от всех норм и традиций провоцирует *аномическое* самоубийство, в то время как обратное (излишняя зарегулированность, полная подчиненность личности закону и правилам) скорее приведёт к *фаталистическому* самоубийству [5].

С этой точки зрения суицид в вооруженных силах (или вообще в милитаризованной структуре с высокой степенью дисциплины и жесткости правил, требованием самоотдачи всех ее членов) – это скорее альтруистическое и/или фаталистическое самоубийство (рис. 1). Однако было бы значительным упрощением утверждать это, поскольку как заметили Израильские психиатры, самоубийство новобранца (во многих армиях, основанных на призыве, оно очень часто происходит в первые месяцы после попадания в армейскую среду) можно рассматривать как аномическое, поскольку вновь прибывший оказывается в ситуации перехода от правил и норм гражданской жизни к новым стандартам. Пока эти новые стандарты не станут его личными нормами и внутренними правилами, в его жизни велика вероятность конфликтов, разнонаправленных мотивов, фрустраций, повышенной тревожности и чувства неопределенности [6].

Suicides in the military during war and peacetime.

Lester, discussing and interpreting Durkheim, points to the relationship between the two factors he mentioned – social integration (the degree of cohesion of a nation or society) and social regulation (a measure of how the aspirations and behavior of members of society are regulated by the norms, traditions and laws accepted in the community) [5]. If the degree of social integration is sharply reduced, *selfish* suicide becomes more likely, while a high degree of social unification, subordination of the individual to a common goal, makes *altruistic* suicide more probable. Accordingly, a too low level of social regulation, that is, freedom from all norms and traditions provokes *anomical* suicide, while the opposite (excessive regulation, complete subordination of the individual to law and rules) would rather lead to *fatalistic* suicide [5].

From this point of view, suicide in the armed forces (or, in general, in a militarized structure with a high degree of discipline and rigidity of rules, the requirement for the dedication of all its members) is rather altruistic and/or fatalistic suicide (Fig. 1). However, it would be a significant oversimplification to assert this, since, as Israeli psychiatrists have noted, the suicide of a recruit (in many draft-based armies, very often taking place in the first months after joining the army environment) can be considered anomical, since the newcomer finds himself in a situation of transition from the rules and norms of civil life to new standards. Until these new standards become their personal norms and internal rules, in their life there is a high probability of conflicts, multidirectional motives, frustrations, increased anxiety and a sense of uncertainty [6].

It is known that Durkheim used the fact that the suicide rate usually decreases markedly among the population of countries at war to explain the role of social integration: “Great social upheavals, like great national wars, revive collective feelings, awaken the spirit of partisanship and patriotism, political faith and national faith and by concentrating individual energies on the implementation of one goal, create in society – at least temporarily – a closer cohesion. However, how true is this for the situation within the belligerent army itself?”

Lester writes in his review that in the literature there is surprisingly little data on suicides in the armies of the world during wars, but all available fragmentary infor-

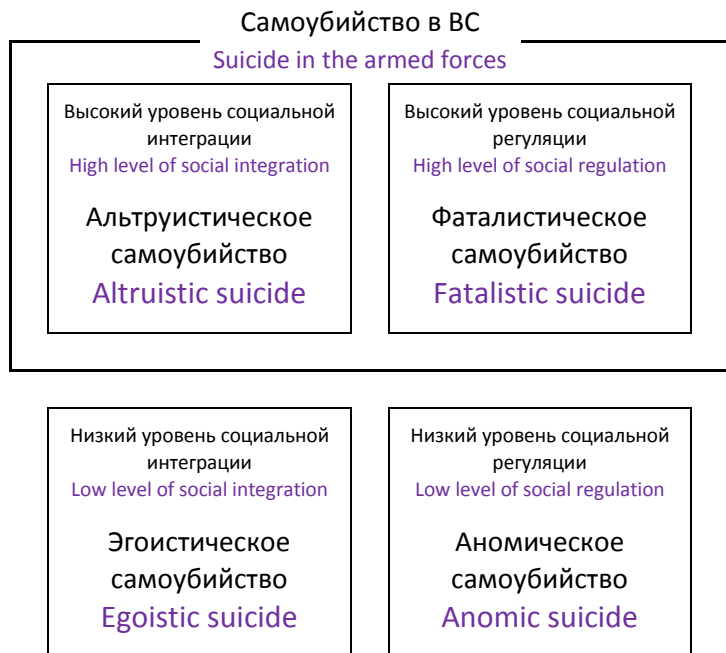


Рис. 1 / Fig. 1. Логическая схема типов суицидов по Дюркгейму и вытекающий из нее наиболее вероятный тип самоубийства в ВС / Logical scheme of suicide types according to Durkheim and the most probable types of military suicides suggested by it.

Как известно, Дюркгейм использовал тот факт, что уровень самоубийств обычно заметно снижается среди

населения воюющих стран, для объяснения роли социальной интеграции: «великие социальные перевороты, как и великие национальные войны, оживляют коллективные чувства, пробуждают дух партийности и патриотизма, политическую веру и веру национальную и, сосредоточивая индивидуальные энергии на осуществлении одной цели, создают в обществе – по крайней мере, на время – более тесную сплочённость». Однако насколько это справедливо для ситуации внутри самой воюющей армии?

Лестер в своём обзоре пишет, что в литературе на удивление мало данных относительно самоубийств в армиях мира во время войн, однако все имеющиеся отрывочные сведения говорят скорее о снижении [5]. Были попытки проанализировать эту ситуацию с точки зрения психоаналитических подходов, так А. Henry и J. Short, опираясь на взгляды Фрейда, выдвигали точку зрения, что, когда во время войны смерть собирает свою обильную жатву, многие социальные ограничения снимаются, агрессия выплескивается наружу, а это в свою очередь, снижает интрапсихическую агрессию, направленную на субъекта [7]. Эта взаимосвязь (убийство и самоубийство как обратно взаимосвязанные явления), часто обсуждается, но прослеживается далеко не всегда. На Европейском континенте, то есть там, где разворачивались две мировые войны с огромными человеческими потерями, исчисляемыми десятками миллионов, по недавним данным, национальные индексы убийств и самоубийств связаны слабой и достоверной позитивной связью ($r=0,89$, $P<0,0001$). В то же время, в других регионах (Американский континент и Азиатско-Тихоокеанский регион) прослеживается достоверная, но очень слабая негативная связь [8]. S.J. Rojcewicz, также на основании данных о статистике смертности, обсуждал теорию о том, что во время войны значительная часть суицидальных личностей находит свою смерть на поле битвы, в силу чего общий уровень снижается, и также отверг эту точку зрения как не выдерживающую проверки [9].

Если говорить о ситуации непосредственно в воюющей армии, то вызывает интерес недавняя работа [10], в которой авторы проследили уровень самоубийств в армии США за последние 200 лет, с 1819 по 2017 г. Их данные очень убедительно свидетельствуют о том, что вплоть до Корейской, и даже до начала Вьетнамской войны любая активная фаза всех войн, которые когда-либо вели США (а это были гражданская война, Испанско-Американская война, Первая и Вторая Мировая война) сопровождалась отчётливым снижением уровня суицидов в вооруженных силах. Впрочем, уже к концу Вьетнамской войны, и особенно в последние годы, когда США вели одновременно несколько затяжных зарубежных кампаний (Афганистан и Ирак, в частности), концепция Дюркгейма «перестала работать», и в последние

information speaks rather of its decline [5]. There were attempts to analyze this situation from the point of view of psychoanalytic approaches, so A. Henry and J. Short, relying on the views of Freud, put forward the point of view that when death reaps its abundant harvest during a war, many social restrictions are lifted, aggression spills outward, and this, in turn, reduces intra-psyche aggression directed at the subject [7]. This relationship (murder and suicide as inversely related phenomena) is often discussed, but not always tracked. On the European continent, that is, where two world wars unfolded with huge human losses measured in the tens of millions, according to recent data, national homicide and suicide indices are linked by a weak and reliable positive relationship ($r = 0.89$, $P < 0, 0001$). At the same time, in other regions (the Americas and the Asia-Pacific region), there is a reliable, but very weak negative relationship [8]. S.J. Rojcewicz, also on the grounds of data on mortality statistics, discussed the theory that during the war, a significant part of suicidal individuals find their death on the battlefield, due to which the overall level decreases, and also rejected this point of view as not withstanding the verification [9].

If we talk about the situation directly in the army at war, the recent work [10] is of interest, in which the authors tracked the suicide rate in the US army over the past 200 years, from 1819 to 2017. Their data indicate very convincingly that before the Korean War, and even before the beginning of the Vietnam War, any active phase of all the wars that the United States had ever fought (and those were the civil war, the Spanish-American War, the First and Second World Wars) was accompanied by a clear decrease in the level of suicides in the armed forces. However, by the end of the Vietnam War, and especially in recent years, when the United States conducted several protracted foreign campaigns at the same time (Afghanistan and Iraq, in particular), Durkheim's concept "became inapplicable", and lately the US Army suicide rates rose noticeably [10]. Nevertheless, the exception in this case rather confirms the rule – suicides in the armed forces do occur more often during peacetime.

As for peacetime, information from various countries suggests that in such periods of history the suicide rate in the armed

годы в армии США уровень суицидов заметно вырос [10]. Тем не менее, исключение в данном случае скорее подтверждает правило – самоубийства в вооруженных силах действительно чаще происходят в мирное время.

Что касается мирного времени, то сведения из самых разных стран говорят о том, что в такие периоды истории уровень самоубийств в вооруженных силах всё же существенно ниже, чем в общей популяции (сравнивать желательно с мужчинами соответствующего возраста). Так, например, обстоит дело в период с 1985 г по 2005 г (время относительно бесконфликтного развития человечества) в разных странах западной Европы (табл. 1). Из таблицы видно, что во всех странах Западной Европы уровень суицидов в ВС на 30-50% ниже, чем среди мужчин в возрасте ниже 65 лет. В России, несмотря на более высокие цифры, уровень самоубийств в ВС также был в 2-3 раза ниже, чем среди мужчин в общей популяции. Все это говорит о том, что армия в целом характеризуется более низкими индексами, вероятнее всего, в силу мер медицинского и психологического характера при наборе новобранцев, отборе в отдельные рода войск, а также благодаря определённому уровню систематического контроля в ходе службы.

В то же время, вооруженные силы всегда являются частью общества, и, в связи с этим, отражают косвенно его состояние, а также отношение общества к армии. В связи с этим необходимо отметить, что динамика суицидов в вооруженных силах в России отличалась от динамики в общей популяции в тяжёлый период для ВС России (с 1993 по 1999 г) (Рис. 2).

forces is still significantly lower than in the general population (it is desirable to compare with men of the corresponding age). This, for example, was the case in the period from 1985 to 2005 (the time of relatively conflict-free development of mankind) in different countries of Western Europe (Table 1). The table shows that in all Western European countries, the suicide rate in the Armed Forces is 30-50% lower than among men under the age of 65. In Russia, despite the higher numbers, the suicide rate in the Armed Forces was also 2-3 times lower than among men in the general population. All this suggests that the army as a structure is characterized by lower indices, most likely due to medical and psycho-logical measures when recruiting new GIs, selecting them for certain types of troops, and also due to a certain level of systematic control during service.

At the same time, the armed forces are always part of society, and, from this point of view, indirectly reflect its state, as well as the attitude of society towards the army. In this regard, it should be noted that the dynamics of suicides in the armed forces in Russia differed from the dynamics in the general population during a difficult period for the Russian Armed Forces (from 1993 to 1999) (Fig. 2).

Таблица 1 / Table 1

Индексы самоубийств в Вооружённых силах в сопоставлении с мужским гражданским населением в возрасте менее 65 лет

Suicide indexes in the armed forces of different countries compared to male civilians under 65

Страна Country	На 100000 военнослужащих (разные рода войск) Per 100000 military personnel (different types of troops)	На 100000 мужчин (< 65 лет) Per 100000 males (<65 y.o.)	Источник Source
Италия Italy	1,10–2,03	6,9-9,8	Mancinelli et al., 2001 [11]
Великобритания Great Britain	3,0–15,0	18,0	Mickelwright, 2005 [12]
Франция France	14,0–18,0	22,0	Desjeux et al., 2001, 2004 [13, 14]
Норвегия Norway	13,6	28,1	Hytten, 1985 [15]
Ирландия Irish	15,3	22,0	Mahon et al., 2005 [16]
Россия Russia	14,0–32,0	50,0-70,0	Литвинцев и др., 2003 [17] Litvintsev et al., 2003 [17]

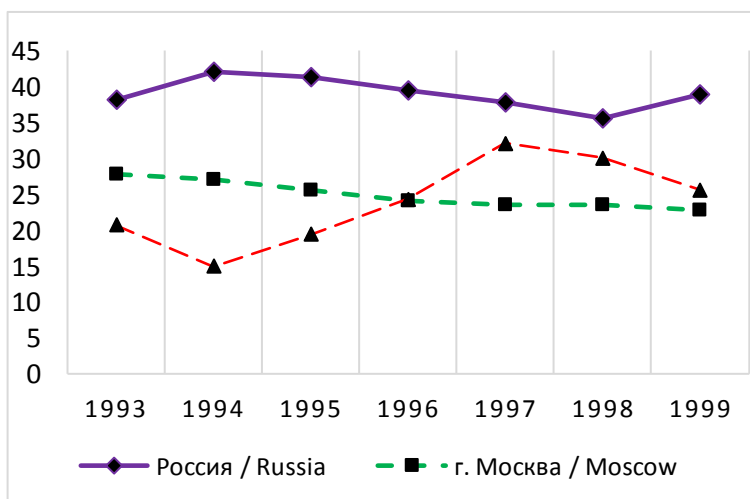


Рис. 2 / Fig. 2. Динамика суицидов среди населения РФ, г. Москвы и ВС РФ за период с 1993 по 1999 г. (по данным статьи [17]) / Time change of suicide indices (per 100000) in the general population of the Russian Federation, city of Moscow and Armed Forces of Russia in 1993-1999 (derived from [17]).

Как видно из рис. 2, на фоне того, что в России в целом и особенно в Москве, наблюдалась устойчивая тенденция к снижению уровня самоубийств с 1994 г., в ВС начиная с этого же момента наблюдался подъём, достигший пика в 1997 г., лишь после чего последовал спад. Следует напомнить, что на этот период пришлись боевые действия на территории Чечни, в ходе которой вооруженные силы несли потери на территории своей страны [18, 19]. При этом всё происходящее использовалось западными странами для политического давления на Россию, и во всех мировых, а также во многих российских СМИ роль армии изображалась в негативном свете. Таким образом, отношение к военным (вспомним генерала Лонгвиля и полковника Борепера) является тем фактором, который во многом определяет уровень самоубийств в армии.

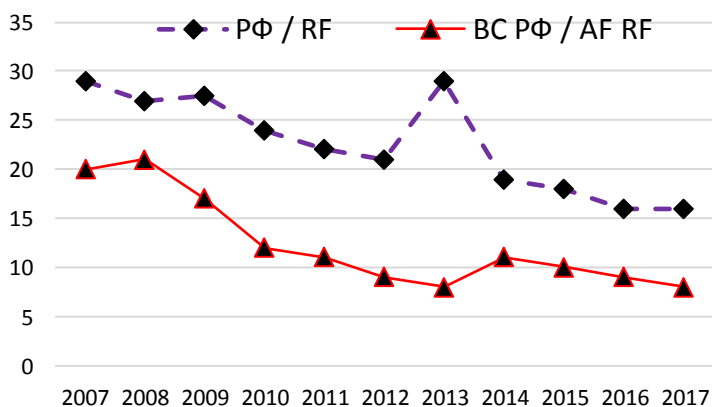


Рис. 3 / Fig. 3. Динамика суицидов среди населения РФ и в вооружённых силах РФ с 2007 по 2017 г. на 100000 человек (по данным статьи [2] с разрешения авторов) / Time change of suicide indices (per 100000) in the general population of the Russian Federation and Russia Armed Forces in 2007-2017 (according to [2], with permission).

As could be seen from Fig. 2, while in Russia as a whole, and especially in Moscow, there was a steady downward trend in the suicide rate since 1994, in the Armed Forces, starting from the same moment, there was an increase, which reached a peak in 1997 followed by a decline. It should be recalled that during this period there were hostilities on the territory of Chechnya, during which the armed forces suffered losses on the territory of their own country [18, 19]. At the same time, everything that was happening was used by Western countries for political pressure on Russia, and in all the worlds, as well as in many Russian media, the role of the army was portrayed in a negative light. Thus, the attitude towards the military (remember General Longueville and Colonel Beureper) is the factor that largely determines the level of suicide in the army. An army that is respected and valued, provided appropriately, besides maintaining morale and self-respect, is also less prone to suicidal behavior. Russian experts reasonably believed that it was the decline in the prestige of the Armed Forces in those years that was the leading cause of the high level of suicides, while the main risk factors were the socio-economic problems of military personnel. In particular, 80% of those who committed suicide did not have any serious mental disorders, but 60% of them had neurotic symptoms or mental health problems, which are usually associated with chronic psychosocial stress. Studies of those years indicate that in most cases, the suicidal behavior of military personnel was associated with various adverse social circumstances and psychological stressors. Of the total number of military personnel who committed suicide, the majority (65.8%) were conscript soldiers and sergeants with 2/3 of all cases taking place in the 1st year of service [17].

Recently, the situation in the Russian army has changed significantly, for example in 2007–2018 the suicide rate in the Russian Armed Forces reached 12.00 ± 1.35 per 100,000 military personnel, which is lower than at the beginning of the 2000s (Table 1) and 1.7 times less than the average for the population of Russia ($20, 12 \pm 1.56$ per 100,000 people) [20].

Армия, которую уважают и ценят, соответствующим образом обеспечивают, поддерживая моральный дух и самоуважение, менее подвержена суицидальному поведению. Российские специалисты обоснованно считали, что именно падение престижа ВС было в те годы ведущей причиной высокого уровня суицидов, при этом основными факторами риска выступали социально-экономические проблемы военнослужащих. В частности, у 80% покончивших с собой не было выявлено каких-либо серьезных психических расстройств, однако у 60% из них имели место невротические симптомы или нарушения психического здоровья, что обычно связано с хроническим психосоциальным стрессом. Исследования тех лет говорят о том, что в большинстве случаев суицидальное поведение военнослужащих было ассоциировано с различными неблагоприятными социальными обстоятельствами и психологическими стрессорами. Из общего числа покончивших с собой военнослужащих большинство (65,8%) составляли солдаты и сержанты по призыву, при этом 2/3 всех случаев приходилось на 1-й год службы [17].

В последнее время ситуация в российской армии существенно изменилась, в частности в 2007–2018 гг. уровень самоубийств в ВС России составил $12,00 \pm 1,35$ на 100000 военнослужащих, что ниже, чем на начало 2000-х (табл. 1) и в 1,7 раза меньше, чем в среднем по населению России ($20,12 \pm 1,56$ на 100000 человек) [20]. За этот период времени продолжается снижение уровня самоубийств в ВС, причем почти параллельно снижению уровня самоубийств в общей популяции (рис. 3) [2]. Необходимо иметь в виду, что среди военнослужащих, совершивших самоубийства за период с 2011 по 2017 г, значительно (более чем вдвое) выросла доля «контрактников».

У контрактников, а также у офицеров, то есть в основном женатых мужчин, имеющих семьи, в числе непосредственных причин преобладали семейно - бытовые неурядицы, тогда как у военнослужащих по призыву основную роль играли проблемы, связанные с военно-профессиональными факторами [2].

Авторы последних публикаций отмечают, на наш взгляд, важное обстоятельство – роль социально-экономических факторов в провоцировании суицидов в ВС РФ постепенно снижается, а на первые позиции выходят различные проблемы психического здоровья военнослужащих, от невротических состояний, до личностных расстройств и аддикций [2, 21]. Это можно трактовать в том плане, что суициды в российской армии всё больше напоминают суициды в общей популяции, в генезе которых ведущую роль играют психические расстройства. Когда социальные факторы ослабевают, их место в общей структуре занимают психические расстройства, обычно своевременно не выявленные, или возникшие вновь. Суицидов среди солдатсрочников становится всё меньше, как можно предпо-

During this period of time, the decrease in the suicide rate in the AF continues, and almost parallel to the decrease in the suicide rate in the general population (Fig. 3) [2].

It should be borne in mind that among the military personnel who committed suicide in the period from 2011 to 2017, the share of "contract soldiers" has significantly grown (more than doubled). Among the direct reasons for the contract soldiers, as well as for the officers (usually married with children), family and domestic troubles prevailed, while among the conscripts, the direct reasons included problems associated with military-professional factors [2].

The authors of recent publications note, in our opinion, an important circumstance – the role of socio-economic factors in provoking suicides in the Armed Forces of the Russian Federation is gradually decreasing, and various mental health problems of the military personnel come to play, from neurotic states to personality disorders and addictions [2, 21]. This can be interpreted in the sense that suicides in the Russian army are increasingly reminiscent of suicides in the general population, in the genesis of which mental disorders play a leading role. When social factors weaken, their place in the general structure is taken by mental disorders, usually not identified in a timely manner, or reemerging. Suicides among conscripts are becoming less and less typical, as can be expected, due to the shortening of the military service (12 months), the gradual eradication of hazing, increasing the prestige of military service, and a more respectful attitude towards this contingent. It should be borne in mind that the number of annual conscriptions is declining, while the number of contract military personnel has doubled in recent years and amounted to about 400 thousand people (about 40% of the total number of military personnel), with the number of women also increasing (about 40 thousand). All these circumstances are probably reflected in the dynamics described in [2]. At the same time, the fact that suicides in the Armed Forces are more and more determined by the state of mental health of military personnel, makes us think seriously about this problem. In this regard, recent data on the suicide situation in the US Army are of interest.

The suicide crisis in the US Army as an example of a serious problem and no less serious efforts to resolve it.

In the US armed forces in recent years, the problem of suicide has been given a lot of attention. From 1990 to 2001, there was a

лагать, в силу сокращения сроков службы (12 мес), постепенного искоренения неуставных отношений, повышения престижа службы, более бережного отношения к этому контингенту. Нужно иметь в виду, что численность ежегодного призыва снижается, в то время как число служащих по контракту за последние годы удвоилось и составило около 400 тысяч человек (примерно 40% от всего числа военнослужащих), при этом выросло число женщин (около 40 тыс.). Все эти обстоятельства, вероятно, отражаются на той динамике, которая описана в работе [2]. В то же время, тот факт, что самоубийства в ВС всё больше определяются состоянием психического здоровья военнослужащих, заставляет серьёзно задуматься над этой проблемой. В этом отношении представляют интерес последние данные о ситуации с самоубийствами в армии США.

Суицидальный кризис в армии США как пример серьёзной проблемы и не менее серьёзных усилий по её разрешению.

В вооруженных силах США в последние годы проблеме самоубийств уделяется весьма большое внимание. С 1990 по 2001 г. в армии США наблюдался период относительного благополучия, индексы суицидов постепенно снижались (с 14,8 на 100000 в 1995 г. до 9,1 в 2001 г.), и в целом за последнее десятилетие прошлого века суициды в ВС были на 20% ниже уровня гражданского населения [22-24]. Ситуация начала меняться после того, как США развернули свои контингенты в Ираке (в 1991 и 2003 г.) и в Афганистане (в 2001 г.). Операция «Буря в пустыне» в период так называемой Войны в Персидском заливе с целью остановить нападение Ирака на Кувейт, и относительно успешные действия армии США никак не сказались на уровне самоубийств в ВС. Однако второе вторжение в Ирак (известное как Иракская война 2003-2011 гг.) привело к повышению уровня суицидов среди военнослужащих, причем прежде всего тех, кто непосредственно был на театре военных действий [24, 25]. В 2003 г. уровень суицидов среди них (и мужчин, и женщин) достиг исторически самого высокого уровня для ВС США (15,6 на 100000) при том, что средний уровень за предыдущие 8 лет составил 11,9 на 100000. Основным способом самоубийств был самострел [25].

Эта тенденция военными психиатрами США объяснялась тогда последствиями военных действий и участия в боестолкновениях (combat exposure) для психического здоровья солдат и офицеров, главным образом с точки зрения резкого увеличения распространённости среди них ПТСР и других стресс-обусловленных и невротических расстройств [26]. Американские авторы сконцентрировались на психологических и психиатрических последствиях непосредственного опыта убийства в бою, наблюдения смерти человека, тяжёлого ранения или других тяжких последствий, которые сопутствуют современным способам ведения войны,

period of relative prosperity in the US Army, suicide rates gradually decreased (from 14.8 per 100,000 in 1995 to 9.1 in 2001), and in general, over the last decade of the previous century, suicides in the Armed Forces were 20% below the level of the civilian population [22-24]. The situation began to change after the US deployed their contingents in Iraq (in 1991 and 2003) and in Afghanistan (in 2001). Operation Desert Storm during the so-called Gulf War aimed at stopping the Iraqi attack on Kuwait and the relatively successful actions of the US Army did not in any way affect the suicide rate in the Armed Forces. However, the second invasion of Iraq (known as the Iraqi War of 2003-2011) led to an increase in the level of suicides among military personnel, especially those who were directly in the theater of operations [24, 25]. In 2003, the suicide rate among them (both men, and women) reached the historically highest level for the US Armed Forces (15.6 per 100,000), while the average rate for the former 8 years was 11.9 per 100,000. the method of suicide was using firearms [25].

US military psychiatrists attributed this trend to the mental health consequences of military actions and combat exposure, mainly in terms of a sharp increase in the prevalence of PTSD and other stress-related and neurotic disorders among them [26]. American authors focused on the psychological and psychiatric consequences of direct experience of getting killed in combat, observing the death of a person, severe injury or other serious consequences that accompany modern methods of warfare, discussing the role of these traumatic events for the psyche [27]. The overwhelming majority of all American publications on the causes of suicide among combatants are devoted to PTSD, which is certainly justified (the prevalence of PTSD among this contingent can reach 17%) [28]. On the other hand, it has been argued that, due to the exclusive adherence of American military psychiatrists to this diagnosis, they see a significant part of depression and, possibly, personality disorders, especially among contingents withdrawn from the battle zone for recovery [29]. The consequences of military conflicts for the mental health of the military personnel are really significant, they include many manifestations, including acute stress conditions, sometimes developing into chronic PTSD, addictions, and suicidal behavior, as well as psychosomatic complications and psychosocial problems associated with behavioral disorders [30, 31].

In response to the growth of suicides in

обсуждая роль этих травматических событий для психики [27]. Подавляющая часть всех американских публикаций по поводу причин суицида среди комбатантов посвящена ПТСР, что безусловно оправданно (распространённость ПТСР среди этого контингента может достигать 17%) [28]. С другой стороны, высказывалось мнение, что в силу исключительной приверженности американских военных психиатров этому диагнозу, ими просматривается значительная часть депрессий и, возможно, личностных расстройств, особенно у контингентов, выведенных из зоны боёв на восстановление [29]. Последствия военных конфликтов для психического здоровья военнослужащих действительно значительны, они включают множество проявлений, среди которых и острые стрессовые состояния, перетекающие порой в хронический ПТСР, и аддикции, и суицидальное поведение, а также психосоматические осложнения и психосоциальные проблемы, связанные с поведенческими расстройствами [30, 31].

В ответ на рост суицидов в ВС США были предприняты значительные усилия в сфере превенции, в частности, были внедрены ряд внутриармейских инициатив и программ (недавно этот опыт был проанализирован в отечественной печати) [32]. Однако несмотря на это тенденция к росту не прекратилась, с 2003 по 2007 г. индексы самоубийств продолжали расти примерно на 20% в год, и в 2008 г. впервые в истории США превысили уровень для соответствующих половозрастных групп в общей популяции, достигнув 25 на 100000 [1]. Эти факты имели большой общественный резонанс, спровоцировали серию публикаций в СМИ, и в ответ на реакцию общественности и властей в ВС США было проведено беспрецедентное по масштабу эпидемиологическое исследование факторов риска и протективных факторов суицида, основанное на обследовании больших контингентов военнослужащих. Изучались показатели психического здоровья военнослужащих, их когнитивные характеристики, а также нейробиологические маркеры суицидального поведения с учетом влияния ситуативных и иных стрессоров. Это исследование, известное как Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS)) позволило выявить ряд ранее не вполне очевидных факторов, анализ которых очень важен не только для США, но и в более широком контексте.

Прежде чем приступить к обсуждению этих результатов, необходимо отметить ряд особенностей данного исследования. Предыдущие попытки понять специфические факторы риска в ВС США были основаны на анализе уже произошедших самоубийств (с выборками порядка нескольких сотен случаев), с учётом данных служебных расследований, медицинских и дисциплинарных записей военнослужащих, другой доступной документации из их личных дел, в основном с участием военных психиатров и психологов, то есть

the US Armed Forces, significant efforts were made in the field of prevention, in particular, a number of intra-army initiatives and programs were introduced (this experience was recently analyzed in the domestic press) [32]. However, despite this, the upward trend did not stop, and from 2003 to 2007 the suicide indices continued to grow by about 20% per year, and in 2008, for the first time in US history, they exceeded the level for the corresponding sex-age groups in the general population, reaching 25 by 100,000 [1]. These facts had a great public response, provoked a series of publications in the media, and in response to the reaction of the public and the authorities in the US Armed Forces, an unprecedented epidemiological study of risk factors and protective factors for suicide was carried out, based on a survey of large contingents of military personnel. The indicators of the mental health of military personnel, their cognitive characteristics, as well as neurobiological markers of suicidal behavior were studied taking into account the influence of situational and other stressors. This study, known as the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS), revealed a number of previously not entirely obvious factors, the analysis of which is very important not only for the United States, but also in a wider context.

Before starting a discussion of these results, it is necessary to note a number of features of this study. Previous attempts to understand specific risk factors in the US Armed Forces were based on an analysis of suicides that have already occurred (with samples of around several hundred cases), taking into account data from official investigations, medical and disciplinary records of military personnel, and other available documents from their personal files, in mainly with the participation of military psychiatrists and psychologists, that is, intradepartmental specialists [33, 34]. The Army STARRS study was originally carried out by leading US civilian suicidologists and psychiatrists with financial support from the Department of the Army and the US National Institute of Mental Health (NIMH) and was designed as a proactive, representative study of risk factors. The subject of the study was various types of suicidal behavior – suicide thoughts, intentions, plans, attempts, and actual suicide cases. The research results were published in a number of works [35-39].

At the initial stage, a representative sample (N = 5428) of active military personnel was surveyed for the prevalence of suicide thoughts, plans and previous attempts, taking

внутриведомственных специалистов [33, 34]. Исследование Army STARRS изначально осуществлялось ведущими гражданскими суицидологами и психиатрами США при финансовой поддержке вооружённых сил (Department of the Army), а также Национального института психического здоровья США (NIMH) и было спланировано как проактивное репрезентативное исследование факторов риска. Предметом исследования были различные виды суицидального поведения – суицидальные мысли, намерения, планы, попытки и собственно суицидальные случаи. Результаты исследования опубликованы в ряде работ [35-39].

На начальной стадии было проведено обследование репрезентативной выборки (N=5428) действующих военнослужащих на предмет распространённости суицидальных мыслей, планов и ранее произошедших попыток с учётом демографических и карьерных факторов, а также показателей психического здоровья, затем опросы охватили резерв и национальную гвардию, доведя общую численность контингента до 29982 военнослужащих. Большое внимание уделялось карьере военнослужащих и их реальному участию в боевых действиях, учитывая, что именно эта категория ранее демонстрировала резкий рост самоубийств.

Результаты оказались несколько неожиданными. Выяснилось, что если среди тех, кто служил в контингенте в Ираке и Афганистане, уровни суицидов с 2004 по 2009 г удвоились (до 25 на 100000), то среди тех, кто вообще не был в составе развернутых частей, уровень утроился (до 25-30 на 100000), при этом уровень среди гражданского населения (19 на 100000) оставался стабильным. Таким образом, сразу были поставлены под сомнение выводы о том, что рост самоубийств связан с непосредственным участием в боевых действиях, косвенно подрывая также концепцию о ведущей роли ПТСР [35].

Опросы военнослужащих выявили, что распространённость мыслей, планов и попыток составили соответственно 13,9%, 5,3% и 2,4%. Из них у более чем половины военнослужащих они возникали ещё до вербовки в ВС. С фактом попытки самоубийства оказались связаны ряд психических расстройств, также имевших место ещё до поступления в ряды ВС, в частности паническое расстройство, эксплозивное расстройство (ЭР) и ПТСР или его отдельные симптомы. Кроме того, предикторами попытки были депрессия и ЭР, выявленные уже в период службы. Расчёты показали, что риск попытки во время службы в значительной степени (на 31,3%) определяется расстройствами, начавшихся до призыва, и на 41,2% – расстройствами, возникшими уже во время службы. Суицидальные попытки среди военнослужащих были ассоциированы с более низким военным рангом и участием в развертывании (миссии), при этом вполне ожидаемо среди женщин - военнослужащих попытки встречались чаще [36, 37].

into account demographic and career factors, as well as indicators of mental health, then the surveys covered the reserve and the National Guard, bringing the total number of the contingent up to 29,982 troops. Much attention was paid to the career of military personnel and their real participation in hostilities, given that this particular category previously demonstrated a sharp increase in suicides.

The results were somewhat unexpected. It turned out that if among those who served in the contingent in Iraq and Afghanistan, the suicide rates doubled from 2004 to 2009 (to 25 per 100,000), among those who were not part of deployed units at all, the level tripled (to 25-30 per 100,000), while the rate among the civilian population (19 per 100,000) remained stable. Thus, the conclusions that the increase in suicide is associated with direct participation in hostilities were immediately questioned, indirectly undermining the concept of the leading role of PTSD [35].

Surveys among the military personnel revealed the prevalence of thoughts, plans and attempts at 13.9%, 5.3% and 2.4%, respectively. Of these, more than half of the military personnel had them before being recruited into the Armed Forces. A number of mental disorders were associated with the fact of attempted suicide, which also occurred before joining the armed forces, in particular panic disorder, explosive disorder (ED) and PTSD or its individual symptoms. In addition, depression and ED, identified already during service, were predictors of attempt. Calculations have shown that the risk of an attempt during service is largely determined (by 31.3%) by disorders that began before conscription, and by 41.2% are associated with disorders that had onset after starting the service. Suicidal attempts among military personnel were associated with lower military rank and participation in deployment (mission), while, quite expectedly, attempts were more common among female military personnel [36, 37].

Direct questions about suicidal thoughts revealed that the frequency of suicide thoughts and attempts among military personnel was lower than among civilians of the corresponding gender and age, but during the service it increased. However, the most frightening results came from assessing mental health. It turned out that about 25% of the soldiers surveyed had at least one disorder. Specifically, 15% experienced difficulty with an internalizing disorder, 18.4% with an externalizing disorder, and about 11% had multiple disorders (i.e., comorbidity). At the same time, it turned

Прямые вопросы о суицидальных мыслях выявили, что частота суицидальных мыслей и попыток среди военнослужащих была ниже, чем среди гражданских лиц соответствующего пола и возраста, однако во время службы она нарастала. Но наиболее пугающие результаты были получены при оценке психического здоровья. Выяснилось, что около 25% опрошенных солдат имели хотя бы одно расстройство. В частности, 15% испытывали трудности в связи с расстройством интернализирующего типа, а 18,4% – экстернализирующего типа, а около 11% имели несколько расстройств (то есть имела место коморбидность). При этом выяснилось, что примерно у трети всех военнослужащих, совершивших суицидальные попытки, их психические расстройства развились ещё до рекрутинга, то есть они прибыли в ВС со своими психическими нарушениями, фактически «импортировав» свои риски в ряды ВС [36, 37]. После охвата больших контингентов, в частности, военнослужащих резерва и национальной гвардии, выяснилось, что вклад расстройств, возникших до рекрутинга, в суицидальное поведение в рядах ВС ещё больше – до 55-70% [38, 39].

Эти факты американскими специалистами тракуются в том плане, что необходим более тщательный скрининг при рекрутинге на предмет нарушений психического здоровья, а не только оценка формальных признаков «пригодности к службе» [36, 37]. В США действительно в последние годы, как считают многие, был ослаблен уровень требований при вербовке в ряды ВС, причём, по-видимому, это произошло как реакция на всё ухудшающиеся показатели пригодности молодых мужчин. Эта мысль звучит по большей части в СМИ, где говорится о том, что примерно треть потенциальных военнослужащих страдает от ожирения, примерно четверть не имеет достаточного образовательного уровня, а у 10% имеется криминальное прошлое, что сокращает возможности при наборе в ВС, прежде всего в Армию (полевые войска) [40]. Все это может отражать внутренние проблемы США (кризисные явления в обществе, очень высокая социально-имущественная дифференция и неравенство, рекрутинг преимущественно из штатов «ржавого пояса»), но нельзя не обратить внимание на ухудшение психического здоровья молодёжи и в более широком контексте – такие сообщения поступают из самых разных стран (обзор см. [41]).

Росту нарушений психического здоровья детей, подростков и молодых людей за последние десятилетия сопутствует увеличение суицидов в этих возрастных группах [42]. Причины этого многообразны, их следует рассматривать в контексте факторов современности, что предполагает влияние новых смысловых моментов, нового стиля жизни, изменившихся ценностей и отношения к действительности у новых поколений, особенно при необычайно энергичном ритме жиз-

out that about a third of all servicemen who committed suicidal attempts had their mental disorders developed even before being recruited, that is, they joined the Armed Forces having their mental disorders, in fact "importing" their risks into the ranks of the Armed Forces [36, 37]. After reaching larger contingents, in particular, reserve and national guard servicemen, it turned out that the contribution of pre-recruiting disorders to suicidal behavior in the armed forces is even greater – up to 55-70% [38, 39].

These facts are interpreted by American specialists in the sense that a more thorough screening is needed in recruiting for mental health disorders, and not just an assessment of formal signs of "fitness for service" [36, 37]. In the United States, indeed, in recent years, many believe, the level of requirements for recruitment into the Armed Forces has been weakened, and, apparently, this happened in response to the even worsening fitness indicators of young men. This idea sounds mostly in the media, where it is said that about a third of potential military personnel suffer from obesity, about a quarter do not have a sufficient educational level, and 10% have criminal past, which reduces opportunities for being recruited in the Armed Forces, especially in the field troops [40]. All this may reflect the internal problems of the United States (crisis phenomena in society, very high social and property differentiation and inequality, recruiting mainly from the states of the "rust belt"), but one cannot fail to draw attention to the deteriorating mental health of young people in a wider context – such messages come from a variety of countries (for a review see [41]).

The increase in mental health disorders in children, adolescents and young people over the past decades has been accompanied by an increase in suicide rates in these age groups [42]. The reasons for this are diverse, they should be considered in the context of modern factors, which implies the influence of new semantic moments, a new lifestyle, changed values and attitudes towards reality among new generations, especially with an unusually energetic rhythm of life and the speed of changes taking place in the most recent period. The data of American authors once again drew attention to this problem, emphasizing that a significant part of young men and women, whom the public consciousness usually considers to be prosperous and life-happy people, in fact, may suffer from depressive experiences, have certain addictions or phobias. In general, this shifts the focus from suicides within

ни и скорости происходящих изменений в самое последнее время. Данные американских авторов ещё раз заострили внимание к этой проблеме, подчеркнув, что значительная часть молодых мужчин и женщин, которых общественное сознание обычно считает благополучными и жизнерадостными людьми, на самом деле может страдать депрессивными переживаниями, иметь те или иные зависимости или фобии. В целом это смещает фокус с суицидов внутри армии к тем факторам риска, которые находятся за её пределами, не отменяя конечно тех факторов, которые присущи внутриармейской среде.

Превенция суицидов среди военнослужащих – новые тенденции и старые идеи.

Исследование в армии США, которое было построено на сравнении армейских контингентов с гражданским населением, подтвердило, что факторы риска суицидального среди военнослужащих принципиально не отличаются – это те же проблемы во взаимоотношениях, психические расстройства, финансовые проблемы, проблемы с законом [35, 43]. Можно выделить определённые дополнительные (специфические) факторами риска, например, постоянный контакт с оружием, трудности армейской жизни и адаптации к новым условиям, ограниченность ресурсов социальной поддержки и неприятие самой идеи обращения за помощью (особенности армейской культуры). Наряду с этим в воинской среде существуют дополнительные защитные факторы – тестирование на этапе отбора, возможность периодического контроля психологического состояния, своевременное комиссование лиц с психическими расстройствами, а также практика расследования каждого случая самоубийства, позволяющая отслеживать тенденции и делать выводы относительно эффективности программ превенции [3].

Благодаря психологическому и медицинскому отбору при поступлении (рекрутинге) поддерживается в целом более низкий уровень суицидов в вооруженных силах и других военизированных структурах (полиция, национальная гвардия и т.д.). Однако тенденции, которые наблюдаются в последнее время, в частности, всё большее понимание того, что значительная часть проблем постоянно привносится в вооруженные силы с каждым новым поколением призывников или контрактников, заставляют пересматривать и совершенствовать принципы отбора. Этот вопрос выходит за пределы нашего обзора, он требует отдельного внимания. Можно лишь отметить, что в последнее время при отборе в США обращают больше внимания нейрокогнитивным показателям (скорость реакции, внимание, оперативная и долговременная память, пространственные навыки, скорость принятия решений) и математическим способностям молодого пополнения – риск суицидального поведения возрастает при снижении этих показателей [44].

Что же касается особенностей каждого нового по-

the army to those risk factors that are outside of it, without canceling, of course, those factors that are inherent in the internal army environment.

Suicide prevention among military personnel – new trends and old ideas.

A study in the US Army, which was based on comparing the army contingents with the civilian population, confirmed that the risk factors for suicide among military personnel do not fundamentally differ – these are the same problems in relationships, mental disorders, financial problems, problems with the law [35, 43]. It is possible to single out certain additional (specific) risk factors, for example, constant contact with weapons, difficulties in military life and adaptation to new conditions, limited resources of social support and rejection of the very idea of seeking help (especially in the army culture). Along with this, in the military environment there are additional protective factors – testing at the selection stage, the possibility of periodic monitoring of the psychological state, the timely commissioning of persons with mental disorders, as well as the practice of investigating each suicide case, which allows tracking trends and drawing conclusions regarding the effectiveness of programs prevention [3].

Due to psychological and medical selection during admission (recruiting), an overall lower level of suicides is maintained in the armed forces and other paramilitary structures (police, national guard, etc.). However, the trends that have been observed in recent years, in particular, the increasing understanding that a significant part of the problems are constantly introduced into the armed forces with each new generation of conscript or contract soldiers, make it necessary to revise and improve the principles of selection. This issue is beyond the scope of our review; it requires special attention. It can only be noted that recently, when selecting in the United States, more attention is paid to neurocognitive indicators (reaction speed, attention, working and long-term memory, spatial skills, speed of decision-making) and mathematical abilities of a young adult – the risk of suicidal behavior increases with a decrease in these indicators [44].

As for the characteristics of each new generation of recruits, some authors believe that in recent years, many of its representatives have been strongly influenced by mass culture, based on postmodern thinking [45]. Some signs of postmodernism, such as avant-gardism, moral relativism, subjectivism, dehumanization and a number of others, make it

коления новобранцев, то, как полагают некоторые авторы, в последнее время многие его представители испытывают сильное влияние массовой культуры, опирающейся на постмодернистское мышление [45]. Некоторые признаки постмодерна, такие как авангардизм, моральный релятивизм, субъективизм, дегуманизация и ряд других, роднят его психическими расстройствами, незаметно заражая ими молодых людей [46]. В то же время, такое мышление и особенно порождаемое им социальное конструирование, преподносятся как маркеры некоего прогресса, привлекая молодёжь. Авторы работы [10], пытаясь объяснить рост суицидов в ВС США во время последних военных компаний, обращают внимание не только на то, что эти компании становятся всё более длительными и в армейской среде нарастает усталость, но и на то, что в армию США проникают все ультрасовременные тенденции так называемого «гендерного разнообразия и инклюзивности». Эти тенденции напрямую связаны с ультралиберальными подходами к свободе личности, которые логически ведут к свободе распоряжаться своей жизнью и здоровьем без оглядки на общество. Кроме того, в современном мире всё труднее избежать влияния социальных сетей с их конфликтностью и продвижением культуры примитивного досуга и развлечений, в связи с чем классическая культура повсеместно ограничивается, а вместе с ней ограничиваются возможности формирования цельного мировоззрения и осмысления существования – важнейших маркеров антисуицидальности. В связи с этим суицидальная превенция в армии, да и вообще среди молодёжи, выходит за рамки обычных мер и требует более глубоких подходов, которые ещё предстоит сформулировать.

Тем не менее, превенция суицидов – это повседневная задача в любой военизированной структуре, и в мире уже накоплен определённый опыт. В одном из обзоров по данной тематике описаны 5 таких программ, для которых приведены оценки их эффективности, в частности, изменения числа или индексов самоубийств в определённые периоды наблюдения после их внедрения [47]. Все проанализированные инициативы были построены по проектному принципу и представляли собой многокомпонентные инициативы, использующие традиционные подходы к превенции, в частности, повышение квалификации ответственных лиц, обучение навыкам преодоления жизненных трудностей у личного состава, распространение объективной информации о предикторах суицидального поведения и организационные меры, например, внедрение системы действий, ответственных лиц и отчётности. Каждая программа имеет свою специфику, но ядром всех программ является психообразование, то есть повышение уровня знаний о самоубийстве, признаках суицидальной угрозы и способах оказания помощи.

Одна из программ, вошедших в обзор, была органи-

related to mental disorders, latently infecting young people with them [46]. At the same time, such thinking, and especially the social construction generated by it, is promoted as markers of some progress, which attracts more young people. The authors of [10], trying to explain the growth of suicides in the US Armed Forces during the last military campaigns, draw attention not only to the fact that these companies are becoming more and more prolonged and fatigue is growing in the army environment, but also to the fact that all cutting edge trends of so-called “gender diversity and inclusion” are permeating the USA. These tendencies are directly related to ultraliberal approaches to personal freedom, which logically lead to the freedom to dispose of one's life and health without regard to society. In addition, nowadays it is increasingly difficult to avoid the influence of social networks with their conflict and the promotion of a culture of primitive leisure and entertainment due to which classical culture becomes limited resulting in the limitation of the possibilities of forming an integral worldview and comprehending existence – the most important markers of anti-suicidality. In this regard, suicide prevention in the army, and among young people in general, goes beyond the usual measures and requires deeper approaches that have yet to be formulated.

Still, suicide prevention is a daily task in any paramilitary structure, and a certain amount of experience has already been accumulated in the world. One of the reviews on this topic describes 5 programs like this giving estimates of their effectiveness, in particular, changes in the number or indices of suicides in certain periods of observation after their introduction [47]. All the analyzed initiatives were built on a project basis and were multi-component initiatives using traditional approaches to prevention, in particular, raising the qualifications of decision-makers, training personnel in coping with life difficulties, disseminating objective information about predictors of suicidal behavior and organizational measures. For example, implementation of a system of actions, responsible persons and reporting. Each program has its own specifics, but the core of all programs is psychoeducation, that is, increasing the level of knowledge about suicide, signs of a suicidal threat and ways of providing assistance.

One of the programs included in the review was organized and carried out by us in 1999-2003 on the basis of 5 Aviation Complex (5th Aviation Corps was created in 1992

зована и осуществлена нами в 1999-2003 г. на базе 5 АвК (5-й авиационный корпус, созданный в 1992 в составе вооруженных сил Украины на базе 5-й авиационной армии ВС СССР). Эта воинская часть прекратила свое существование в 2004 г., при этом после распада СССР в 1991 г. на фоне нарастания экономических проблем, характерных для «обломков империи», проходила болезненные этапы реформирования и сокращения личного состава. Необходимо подчеркнуть, что речь шла о высококвалифицированных специалистах, лётном и инженерном составе, которые находились в условиях неопределённости, невозможности поддерживать свой профессиональный уровень (из-за нехватки топлива для самолетов) и постоянной угрозы увольнения. Не удивительно, что с 1991 по 1999 г. в корпусе произошло 41 самоубийство, что в среднем за год составило 32,6 на 100000, при этом за один 1999 г. произошло 9 самоубийств, что дало уровень 74,7 на 100000 (табл. 2).

Программа превенции осуществлялась в начале 2000 г. Она включала в себя серию семинаров, проведённых для командного состава, начиная от командиров частей, а также для офицеров по воспитательной работе, психологов частей и медицинских работников с последующим проведением занятий со всем личным составом [48]. Образовательная программа включала в себя лекционную часть (объективные знания о суицидальном поведении, основных факторах риска, мифах и фактах и т.д.), тренинговую часть (идентификация суицидальной угрозы, действия на разных уровнях по предупреждению суицидов) и дискуссионную часть (разработка конкретных мер для реализации на уровне отдельных подразделений). Через 1,5 года после первого 5-ти дневного семинара был проведён поддерживающий семинар.

as part of the Ukrainian armed forces on the basis of the 5th Aviation Army of the USSR Armed Forces) This military unit ceased to exist in 2004, and after the collapse of the USSR in 1991 they went through growing economic problems typical of the "wreckage of the empire", painful stages of reform and reduction of personnel. It should be emphasized the program was developed for highly qualified specialists, flight and engineering personnel, who found themselves in the conditions of uncertainty, the inability to maintain their professional level (due to lack of fuel for aircraft) and the constant threat of dismissal. It is not surprising that from 1991 to 1999 there were 41 suicides in the corps, which averaged 32.6 per 100,000 per year, while in 1999 alone 9 suicides occurred, which reached the rate of 74.7 per 100,000 (Table 2).

The prevention program was carried out at the beginning of 2000. It included a series of seminars held for command personnel, starting with unit commanders, as well as for educational officers, unit psychologists and medical workers, followed by training with all personnel [48]. The educational program included a lecture part (objective knowledge about suicidal behavior, main risk factors, myths and facts, etc.), a training part (identification of a suicidal threat, actions at different levels to prevent suicides) and discussion part (development of specific measures for implementation at the level of individual departments). 1.5 years after the first 5-day workshop, a supporting workshop was held.

Таблица 2 / Table 2

Случаи суицида в 5 АвК с 1991 по 2003 г. Выделен суицидальный кризис 1999 года.

Период внедрения образовательной программы превенции – начало 2000 г.

Suicide cases in the 5th Aviation Corpse in 1991 – 2003. Suicidal crisis in 1999 is shaded. Timing of the educational program – beginning of the year 2000

Категория военнослужащих Military personnel category	Год / Year													
	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	Σ
Офицеры Officers	1		1		2	1	1	3	1			2		12
Прапорщики Ensigns			2	4		2			5		1			14
Военнослужащие по контракту Contract soldiers														0
Сержанты Sergeants									1					1
Солдаты-срочники Soldiers by conscription	2	1	3	3	2		4		2		1	1		19
Военнослужащие по контракту (женщины) Contract soldiers (women)														0
Всего:	3	1	6	7	4	3	5	3	9	0	2	3	0	47

Таблица 3 / Table 3

Суицидальные попытки в 5 АвК с 1991 по 2003 г.
Suicide attempts in the 5th Aviation Corps in 1991-2003

Категория военнослужащих Military personnel category	Год / Year													
	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	Σ
Офицеры Officers			1	1	1	1							1	5
Прапорщики Ensigns			2											2
Военнослужащие по контракту Contract soldiers														0
Сержанты Sergeants														0
Солдаты-срочники Soldiers by conscription	3	6	2	12	3	3	1		1	1				32
Военнослужащие по контракту (женщины) Contract soldiers (women)				1										1
Всего:	3	6	5	14	4	4	1		1	1			1	40

Психообразование осуществлялось в рамках модели «тренингов для ответственных лиц» на нескольких уровнях: 1) для всего личного состава (силами подготовленных в ходе семинаров тренеров); 2) для младших офицеров, сержантов, прапорщиков; 3) для профессиональных групп (офицеры по воспитательной работе, психологи, медицинские работники). Помимо собственно семинаров осуществлялась массовая раздача материалов – каждый военнослужащий получил «Воинскую книжку по предупреждению самоубийств» карманного формата, а ответственные за психообразование лица, в частности офицеры по воспитательной работе и младшие командиры – методическую разработку с примерными планами и текстами выступлений [48]. Результаты реализации программы оценивали благодаря мониторингу суицидального поведения в течение последующих 4 лет, вплоть до расформирования воинской части. Итоги этой работы суммированы в табл. 2 и 3.

Как видно из табл. 2, непосредственно после реализации программы был достигнут результат, который впечатлил всех, включая командование корпусом – на фоне 9 самоубийств в 1999 г., после семинара в 2000 г. за весь год не произошло ни одного случая. В последующие годы наблюдались самоубийства, но заметно меньше, чем в предыдущее десятилетие. Примерно такая же картина наблюдалась в отношении суицидальных попыток (табл. 3). Эффект наблюдался в отношении солдат-срочников, прапорщиков и офицеров, то есть среди всех категорий. В значительной степени успех был предопределён отношением командования,

Psychoeducation was carried out within the framework of the model of "trainings for responsible persons" at several levels: 1) for the entire personnel (by the forces of trainers trained during the seminars); 2) for junior officers, sergeants, warrant officers; 3) for professional groups (educational officers, psychologists, medical workers). In addition to the seminars themselves, a massive distribution of materials was carried out – each soldier received a pocket-sized "Military Book on Suicide Prevention", and those responsible got materials on psychoeducation, for example, educational officers and junior commanders received a methodological material with approximate plans and texts of speeches [48]. The results of the implementation of the program were assessed by monitoring suicidal behavior in the unit over the next 4 years, up until the disbandment of the military unit. The results of this work are summarized in tables 2 and 3.

As can be seen from the Table 2, immediately after the implementation of the program, the result achieved impressed everyone, including the corps commanders – while there were 9 suicides in 1999, after the seminar in 2000, there was no single case for the entire year. In subsequent years, suicides were observed, but noticeably less than in the previous decade. Approximately the same picture was observed in relation to suicidal attempts (Table 3). The effect was observed in relation to conscripts, warrant officers and officers, that

которое с самого начала проявляло большую заинтересованность в результате и принимало все необходимые организационные меры, а также новизной подхода и подбором тематики лекций и семинаров.

Определённую роль сыграли приемы активизации участников обучения (офицеров по воспитательной работе, психологов и младших командиров), которые в ходе дискуссий сами разрабатывали программы профилактики для своих подразделений, эскадрилий и гарнизонов.

Образовательная стратегия, видоизменяясь с учётом реалий и особенностей, остаётся ведущей в ВС различных стран [47]. В то же время приходит всё большее понимание того, что не только сама тема самоубийств, а в более широком контексте – обсуждение темы психического здоровья и соответствующие усилия по укреплению психического здоровья военнослужащего – является приоритетом. В частности, на этом построена программа профилактики в ВС Израиля, ключевым компонентом которой является появление должности «офицера по психическому здоровью» в частях, включая самый базовый уровень [49]. По замыслу, эти офицеры хорошо знакомы с личным составом, напрямую подчиняются командиру подразделения и решают вопросы психообразования, помогая командирам замечать признаки суицидальной угрозы и задавать соответствующие прямые вопросы своим подчиненным. Они же обучают личный состав выявлять симптомы депрессии и дистресса у себя и своих товарищей, а также тому, что обратиться за помощью при симптомах депрессии не является признаком слабости [49].

Вместо заключения.

Утверждают, что во время Итальянского похода Бонапарт, обеспокоенный количеством самоубийств в рядах своей армии, издал специальный приказ, в котором говорилось: «Солдаты! Нужно уметь преодолевать сердечные страдания! Для того чтобы выдержать душевные невзгоды, потребно не меньше силы воли и мужества, чем для того, чтобы выдержать залповый огонь неприятеля!» [50]. В современном мире, наверное, можно было бы сказать, что не меньше силы воли и мужества требуется, чтобы противостоять депрессивным, конфликтным или откровенно ложным посланиям в социальных сетях, которые многим заменяют реальное общение и создают иллюзию реальной жизни. Служба в вооружённых силах, несомненно, сопровождается стрессами, связанными с особенностями среды, физическими и психологическими нагрузками. Однако при этом не снимается роль стрессоров гражданской жизни, которые вносят свой вклад в те нарушения психического здоровья, которые можно увидеть и среди

is, among all categories. To a large extent, success was predetermined by the attitude of the command, which from the very beginning showed a great interest in the result and took all the necessary organizational measures, as well as the novelty of the approach and the selection of topics for lectures and seminars. A certain role was played by the methods of activating the training participants (educational officers, psychologists and junior commanders), who themselves developed prevention programs for their units, squadrons and garrisons in the course of discussions.

The educational strategy, being modified by the realities and peculiarities, remains the leading one in the Armed Forces of various countries [47]. At the same time, there is an increasing understanding that not only the topic of suicide itself, but in a broader context – the discussion of the topic of mental health and the corresponding efforts to improve the mental health of the military personnel – is a priority. For example, this is the basis of the program of prevention in the Israeli Armed Forces, a key component of which is the emergence of the position of "mental health officer" in units, including the most basic level [49]. By design, these officers are well acquainted with the personnel, are directly subordinate to the unit commander and resolve issues of psychoeducation, helping commanders notice signs of a suicidal threat and ask appropriate direct questions to their subordinates. They also train personnel to identify symptoms of depression and distress in themselves and their comrades, and that it is not a sign of weakness to seek help for symptoms of depression [49].

Instead of a conclusion.

It is said that during the Italian campaign, Bonaparte, worried about the number of suicides in the ranks of his army, issued a special order which said: "Soldiers! You need to be able to overcome heartache! It takes no less willpower and courage to withstand mental adversity than to withstand a volley of fire from an enemy!" [50]. In the modern world, one could probably say that no less willpower and courage are required to resist depressive, conflicting or outright false messages on social networks, which replace real communication for many and create the illusion of real life. Service in the armed forces is undoubtedly accompanied by stresses related to the peculiarities of the environment, physical and psychological stress. However, this does not remove the role of stressors of civilian life, which contribute to the mental health prob-

молодых людей, которые могут стать пополнением завтра, и среди тех, кто вышел из армейской среды. Так, американские авторы обращают внимание на возможную эволюцию понятия «ветеран» – сегодня это «ветеран эпохи постмодерна», то есть относительно молодой человек, вернувшийся в социальную среду, которая за время его отсутствия и пребывания в жёстко регламентированном воинском контингенте, где за него отвечало командование и где он подчинялся приказам, изменилась до неузнаваемости [51]. В этой среде он может почувствовать себя чужаком, не способным адаптироваться. В ещё большей степени это касается новобранцев, в самых разных регионах наблюдается примерно одно и то же – многие молодые люди дезадаптированы и уже имеют психические расстройства и историю суицидального поведения, а служба в ВС приводит к актуализации и обострению этих расстройств и тенденций [52].

В целом можно сказать, что мы наблюдаем очень быстро изменяющуюся ситуацию в мире, которая отражается на самоубийствах в вооружённых силах. Среда как за пределами ВС, так и внутри ВС становится всё более стрессовой и всё более унифицированной, служба в ВС всё больше превращается в стрессовую работу, при этом новой большой войны в мире нет, однако локальные военные конфликты становятся рутинной, создавая высокий уровень напряжения и стресса. В новых условиях необходимы новые усилия для понимания суицидов в вооружённых силах, чему могут помочь не только традиционные, основанные на взглядах Дюркгейма, но и более современные комплексные модели суицидального поведения. Нарушения психического здоровья выходят на первые позиции в числе факторов риска, и это скорее всего является следствием привнесения в армейскую среду рисков извне, которые приходят с каждым новым поколением новобранцев и контрактников. В связи с этим актуальной задачей является укрепление взаимодействия между внутриведомственными и гражданскими специалистами, разработка новых программ превенции, сочетающих принципы систематических и проектных, проактивных мер, а также дальнейшее совершенствование мер отбора и контроля при привлечении молодых людей в ряды ВС.

lems that can be seen among young people who may become recruits tomorrow, and among those who have left the military environment. So, American authors pay attention to the possible evolution of the concept of a "veteran" – today it is a "veteran of the post-modern era", that is, a relatively young man who returned to the social environment, which changed beyond recognition while he was staying in a strictly regulated military environment, where the command was responsible for him and where he obeyed orders [51]. In this new social environment, he may feel like a stranger, unable to adapt. This applies to an even greater extent to recruits, in various regions there is approximately the same thing – many young people are maladjusted and already have mental disorders and a history of suicidal behavior, and service in the Armed Forces leads to the actualization and exacerbation of these disorders and tendencies [52].

In general, we can say that we are witnessing a very rapidly changing situation in the world, which is reflected in suicide rate in the armed forces. The environment both outside and inside the Armed Forces is becoming more and more stressful and more unified, service in the Armed Forces is becoming more and more stressful work, while there is no new major war in the world, however, local military conflicts are becoming routine, creating a high level of tension and stress. In the new environment, new efforts are needed to understand suicide in the AF, which can be realized not only through traditional, Durkheim-based views, but also through more modern complex models of suicidal behavior. Mental health disorders are coming to play as a risk factor, and this is most likely a consequence of the introduction of outside risks into the military environment that arise with each new generation of recruits and contract soldiers. In this regard, an urgent task is to strengthen interaction between intradepartmental and civilian specialists, develop new prevention programs that combine the principles of systematic and project-based, proactive measures, as well as further improve selection and control measures when attracting young people to the Armed Forces.

Литература / References:

1. Nock M.K., Deming C.A., Fullerton C.S., et al. Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors. *Psychiatry*. 2013; 76 (2): 97-125. DOI: 10.1521/psyc.2013.76.2.97.
2. Шамрей В.К., Днов К.В. Проблемные вопросы профилактики суицидального поведения в Вооружённых силах Российской Федерации. *Вестник Российской Военно-медицинской Академии*. 2019; 2 (66): 74-77. [Shamrei V.K., Dnov K.V. Problematic issues of prevention of suicidal behavior in the Armed Forces of the Russian Federation. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2019; 2 (66): 74-77.] (In Russ)
3. Rozanov V.A., Mehlum L., Stiliha R. Suicide in military settings. Combatants and veterans. In: *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention* / Ed D. Wasserman and C. Wasserman, 2009. Pp. 257-265.
4. Дюркгейм Э. *Самоубийство: Социологический этюд* / Пер. с фр. с сокр. Под ред. В.А. Базарова. М.: Мысль, 1994. 399 с. [Durkheim E. *Suicide: A study in sociology* / Translated, with FR. with abbr. Edited by V.A. Bazarov, Moscow: Mysl, 1994. 399 p.] (In Russ)

5. Fischman G., Morris-Dycian A., Kotler M. Suicide in the Israeli Army. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1990; 20 (3): 225-239.
6. Lester D. Suicide during war and genocide. In: D. Wasserman, C. Wasserman (eds). *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention*. NY: Oxford University Press, 2009. Pp. 215-218.
7. Henry A., Short J. Suicide and Homicide: Some Economic, Sociological and Psychological Aspects of Aggression. London: The Free Press of Glencoe, Collier-Macmillan Ltd, 1954.
8. Bills C.D., Li G. Correlating homicide and suicide. *International Journal of Epidemiology*. 2005; 34: 837-845. DOI:10.1093/ije/dyi079
9. Rojewicz S.J. War and suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1974; 1: 46-54.
10. Smith J.A., Doidge M., Hanoa R., Frueh B.C. A Historical Examination of Military Records of US Army Suicide, 1819 to 2017. *JAMA Network Open*. 2019; 2 (12): e1917448. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.17448
11. Mancinelli I., Lazanio S., Comparelli A. et al. Suicide in Italian military environment (1986-1998). *Military Medicine*. 2003; 168: 146-152.
12. Mickelwright S. Deliberate self-harm in the Royal Navy. An audit of cases presenting to the Department of Community Mental Health. *Journal of the Royal Navy Medical Services*. 2005; 91: 12-25.
13. Desjeux G., Lemardeley P., Vallet D. et al. Suicide and attempted suicide in the armed forces in 1998. *Encephale*. 2001; 27: 320-324.
14. Desjeux G., Lebarere J., Galoisy-Guilbal L., Ecohard R. Suicide in the French Armed Forces. *European Journal of Epidemiology*. 2004; 19: 823-829. DOI: 10.1023/b:ejep.0000040527.59987.b2
15. Hytten K. Suicide among Norwegian soldiers between 1977 and 1984. A retrospective study. *Tidsskr. Nor. Laegeforen*. 1985; 105: 1770-1773.
16. Mahon M.J., Tobin J.P., Cusack D.A. et al. Suicide among regular-duty military personnel: a retrospective study of occupation-specific risk factors for workplace suicide. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162: 1688-1896. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.9.1688
17. Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Фадеев А.С. и др. О состоянии психиатрической помощи в Вооруженных Силах РФ. *Военно-медицинский журнал*. 2003; 324: 13-20. [Litvintsev S. V., Shamrei V. K., Fadeev A. S. et al. On the state of psychiatric care in the Armed Forces of the Russian Federation. *Military Medical Journal*. 2003; 324: 13-20.] (In Russ)
18. Борщов А.Д. Операции по восстановлению конституционного порядка в Чечне 1994-1996. Большая российская энциклопедия [в 35 т.] / Гл. ред. Ю.С. Осипов. М.: Большая Российская Энциклопедия, 2004-2017. [Borshchov A.D. Operations to restore constitutional order in Chechnya 1994-1996. *Bolshaya Rossiyskaya enciklopediya* [in 35 vols.] / Chief editor Yu. S. Osipov, M.: Big Russian Encyclopedia, 2004-2017.] (In Russ)
19. Россия и СССР в войнах XX века. Потери вооруженных сил. Статистическое исследование. Под ред. Г. Ф. Кривошеева, М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2001. [Russia and the USSR in the wars of the XX century. Losses of the armed forces. Statistical investigation. Edited by G. F. Krivosheev, Moscow: OLMA-PRESS, 2001.] (In Russ)
20. Шамрей В.К., Днов К.В., Евдокимов В.И. Актуальные проблемы профилактики самоубийств в вооруженных силах Российской Федерации. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2019; 4: 50-58. [Shamrei V.K., Dnov K.V., Evdokimov V.I. Actual problems of suicide prevention in the armed forces of the Russian Federation. *Medico-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situations*. 2019; 4: 50-58.] (In Russ)
21. Шамрей В.К., Днов К.В., Курасов Е.С. и др. Психическое здоровье военнослужащих, совершивших суицидальные попытки. *Вестник Российской Военно-Медицинской Академии*. 2010; 2 (30): 56-59. [Shamrei V.K., Dnov K.V., Kurasov E.S., et al. Mental health of military personnel who have committed suicide attempts. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2010; 2 (30): 56-59.] (In Russ)
22. Allen J.P., Cross G., Swanner J. Suicide in the Army: a review of current information. *Military Medicine*. 2005; 170: 580-584.
23. Eaton K.M., Messer S.C., Garvey Wilson A.L. et al. Strengthening the validity of population-based suicide rates comparisons: an illustration using US military and civilian data. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2006; 36: 182-191. DOI: 10.1521/suli.2006.36.2.182
24. Lineberry T.W., O'Connor S.S. Suicide in the US Army. *Mayo Clin Proc*. 2012; 87 (9): 871-878. DOI: 10.1016/j.mayocp.2012.07.002
25. Nelson R. Suicide rates rise among soldiers in Iraq. *Lancet*. 2004; 363 (9405): 300. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)15428-1
26. Deahl M.P., Klein S., Alexander D.A. The costs of conflict: Meeting the mental health needs of serving personnel and service veterans. *International Review of Psychiatry*. 2011; 23 (2): 201-209. DOI: 10.3109/09540261.2011.557059
27. Bryan C.J., Griffith J.E., Pace B.T., et al. Combat exposure and risk for suicidal thoughts and behaviors among military personnel and veterans: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2015; 45: 633-649.
28. Reger M.A., Tucker R.P., Carter S.P. et al. Military deployments and suicide: A critical examination. *Perspectives on Psychological Science*. 2018; 13: 688-699. DOI: 10.1177/1745691618785366
29. Sher L. A model of suicidal behaviour in war veterans with posttraumatic mood disorder. *Medical Hypotheses*. 2009; 73: 215-219. DOI: 10.1016/j.mehy.2008.12.052
30. Психиатрия войн и катастроф / под ред. В.К.Шамрея. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. 431 с.
31. Rozanov V., Frančišković T., Marinić I. et al. Mental health consequences of war conflicts. In: Afzal Javed, Kostas N. Fountoulakis. (eds). *Advances in Psychiatry*. 2018; 4: 281-304.
32. Деникин А.В., Мишин Р.В. Анализ опыта работы по профилактике суицидов среди военнослужащих в армиях зарубежных государств. *Мир образования — образование в мире* (Электронный ресурс). 2016; 3: 92-97. [Denikin A.V., Mishin R. V. Analysis of the experience of work on suicide prevention among military personnel in the armies of foreign states. *World of Education — education in the world* (Electronic resource). 2016; 3: 92-97.] (In Russ)
33. Black S.A., Galloway M.S., Bell M.R., et al. Prevalence and risk factors associated with suicides of Army soldiers 2001-2009. *Military Psychology*. 2011; 23: 433-451. DOI: 10.1080/08995605.2011.590409
34. Bachynski K.E., Canham-Chervak M., et al. Mental health risk factors for suicides in the US Army, 2007-2008. *Injury Prevention*. 2012; 18: 405-412. DOI: 10.1136/injuryprev-2011-040112
35. Schoenbaum M., Kessler R.C., Gilman S.E., et al. Predictors of suicide and accident death in the army study to assess risk and resilience in service members (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2014; 71: 493-503. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.4417
36. Kessler R.C., Heeringa S.G., Stein M.B. Thirty-day prevalence of DSM-IV mental disorders among non-deployed soldiers in the U.S. Army: results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2014; 71: 504-513. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.28
37. Nock M.K., Stein M.B., Heeringa S.G. et al. Prevalence and correlates of suicidal behavior among soldiers: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2014; 71: 514-522. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.30
38. Millner A.J., Ursano R.J., Hwang I., et al. Lifetime suicidal behaviors and career characteristics among U.S. Army soldiers: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018; 48 (2): 230-250. DOI: 10.1111/sltb.12363
39. Millner A.J., Ursano R.J., Hwang I., et al. Prior Mental Disorders and Lifetime Suicidal Behaviors Among US Army Soldiers in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019; 49(1):3-22. DOI: 10.1111/sltb.12394
40. Perry M. The recruitment problem the military doesn't want to talk about. *The American Conservative*. 2018. Available at: <https://www.theamericanconservative.com/articles/the-recruitment-problem-the-military-doesnt-want-to-talk-about/> [accessed December 2020].

41. Розанов В.А. Психическое здоровье детей и подростков – попытка объективной оценки динамики за последние десятилетия с учетом различных подходов. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018; 1: 62-73. [Rozanov V.A. Mental health of children and adolescents-an attempt to objectively assess the dynamics over the past decades, taking into account various approaches. *Social and clinical psychiatry*. 2018; 1: 62-73.] (In Russ)
42. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. 366 с. [Popov Yu.V., Pichikov A.A. Suicidal behavior in adolescents. St. Petersburg: SpetsLit, 2017. 366 p.] (In Russ)
43. Ursano R.J., Kessler R.C., Naifeh J.A., et al. Risk factors associated with attempted suicide among US Army soldiers without a history of mental health diagnosis. *JAMA Psychiatry*. 2018; 75: 1022-1032. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2069
44. Naifeh J.A., Nock M.K., et al. Neurocognitive functions and suicide in U.S. army soldiers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2017; 47: 589–602. DOI: 10.1111/sltb.12307
45. Иванова З.В. Популярные инструменты массовой культуры периода постмодерна, формирующие общественное сознание. *Вестник СГТУ*. 2009; 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/populyarnye-instrumenty-massovoy-kultury-perioda-postmoderna-formiruyuschie-obschestvennoe-soznanie> [Ivanova Z.V. Popular tools of mass culture of the postmodern period, forming public consciousness. *Bulletin of SSTU*. 2009; 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/populyarnye-instrumenty-massovoy-kultury-perioda-postmoderna-formiruyuschie-obschestvennoe-soznanie>] (In Russ)
46. Sass L. *Madness and Modernism: Insanity in the light of Modern Art, Literature, and Thought*, Revised Edition. Oxford University Press, 2017.
47. Bagley S.C., Munjas B., Shekelle P. A systematic review of suicide prevention programs for military or veterans. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2010; 40: 257–265. DOI: 10.1521/suli.2010.40.3.257
48. Rozanov V.A., Mokhovikov A.N., Stiliha R. Successful model of suicide prevention in the Ukraine military environment. *Crisis*. 2002; 23 (4): 171-177. DOI: 10.1027//0227-5910.23.4.171
49. Shelef L., Laur L., Raviv G. et al. A military suicide prevention program in the Israeli Defense Force: a review of an important military medical procedure. *Disaster and Military Medicine*. 2015; 1: 16. DOI: 10.1186/s40696-015-0007-y
50. Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство. Изд. 3. М.: Новое лит. обозрение, 2003. 576 с. [Chkharthshvili G. Writer and suicide. Ed. 3. Moscow: Novoe lit. review, 2003. 576 p.] (In Russ)
51. Castro C.A., Kintzle S. Suicides in the military: The post-modern combat veteran and the Hemingway effect. *Curr Psychiatry Rep*. 2014; 16: 460. DOI: 10.1007/s11920-014-0460-1
52. Wei-Chen Chuang, Chin-Han Kao, Chih-Kang Chen, Chia-He Peng and Wu-Hsi Wang. Service suspension for mental disorders in armed forces draftees in the Penghu area *BMC Psychiatry*. 2012; 12: 46. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/46>

SUICIDES IN THE ARMED FORCES – A SUICIDOLOGICAL ANALYSIS

V.A. Rozanov

Saint-Petersburg State University, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russian Federation; v.rozanov@spbu.ru

Abstract:

This narrative review aims to explore historical and modern understanding of suicides in the armed forces in the international comparative context. Durkheim's views on suicide in the military still influence our understanding of this phenomenon, but new trends in the mental health of young people are becoming more significant. Suicides in the armed forces largely depend on the prestige of the army in the given society and the standards that are practiced while conscription or recruitment of volunteers into service. As a rule, due to initial selection, the suicide rate in the armed forces is lower than among the corresponding gender and age groups of the civilian population, although there are exceptions. The recent research on risk factors for suicidal behavior in the United States military, as well as observations of military psychiatrists in Russia, indicate that the mental health of recruits and military personnel is gaining a leading position in comparison with socio-economic circumstances. In many countries of the world, prevention programs in the armed forces are being developed and are operating, the most effective of them are those that are implemented in the partnership between military and civilian specialists. Moreover, most effective programs are designed as proactive projects. The core of most programs is the strategy of psychoeducation aimed to inform wide contingent, from commanders to private soldiers. Topics include objective knowledge about suicide, mental health awareness, opportunities for getting support, and the ability to help a friend when signs of a suicidal threat appear. The review provides an example of a successful prevention program based on a psychoeducation strategy.

Keywords: suicide, suicidal behavior, risk factors, mental health, armed forces, prevention programs

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 03.10.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.12.2020.

Для цитирования: Розанов В.А. Самоубийства в Вооруженных силах – суицидологический анализ. *Суицидология*. 2020; 11 (4): 56-75. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-56-75

For citation: Rozanov V.A. Suicides in the Armed forces – a suicidological analysis. *Suicidology*. 2020; 11 (4): 56-75. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-56-75

АДАПТАЦИЯ «ОПРОСНИКА СУИЦИДАЛЬНОГО НАРРАТИВА» НА РОССИЙСКОЙ ВЫБОРКЕ

*К.А. Чистопольская, М.Л. Rogers, Е. Сао, И. Галынкер, J. Richards,
С.Н. Ениколопов, Е.Л. Николаев, В.С. Садовнича, С.Э. Дровосек*

ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева» ДЗМ, г. Москва, Россия
Медицинский центр «Mount Sinai Beth Israel», Нью-Йорк, США
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
ФГБОУ ВО «Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия
МОУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи», г. Всеволожск, Россия

ADAPTATION OF THE SUICIDAL NARRATIVE INVENTORY IN A RUSSIAN SAMPLE

*K.A. Chistopolskaya, M.L. Rogers,
E. Cao, I. Galynker, J. Richards,
S.N. Enikolopov, E.L. Nikolaev,
V.S. Sadovnichaya, S.E. Drovosekov*

Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia
Mount Sinai Beth Israel, New York, USA
Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
Center of psychological, pedagogical, medical help, Vsevolozhsk, Russia

Информация об авторах:

Чистопольская Ксения Анатольевна – клинический психолог (SPIN-код: 3641-3550; Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Место работы и должность: медицинский психолог Психиатрического отделения №2 ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева» ДЗМ. Адрес: Россия, 129327, г. Москва, ул. Ленская, 15. Электронный адрес: ktchist@gmail.com

Rogers Megan L. – кандидат психологических наук (Researcher ID: AAC-1894-2021; ORCID iD: 0000-0002-4969-7035). Место работы и должность: Постдок, Медицинский центр «Mount Sinai Beth Israel». Адрес: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, 10003, USA. Электронный адрес: megan.l.rogers4@gmail.com

Cao Erjia – психолог (Researcher ID: AAC-1940-2021; ORCID iD: 0000-0001-8516-1687). Место работы и должность: Ассистент, Медицинский центр «Mount Sinai Beth Israel». Адрес: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, 10003, USA. Электронный адрес: ec3430@tc.columbia.edu

Галынкер Игорь – врач-психиатр, кандидат медицинских наук, профессор (ORCID iD: 0000-0001-8083-9479). Место работы и должность: Директор лаборатории исследований и превенции суицидов и Центра исследования биполярного расстройства им. Ричарда и Синтии Зирински (Zirinsky), Медицинский центр «Mount Sinai Beth Israel». Адрес: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, 10003, USA. Электронный адрес: igalynke@gmail.com

Richards Jenelle – психолог (Researcher ID: AAC-1897-2021; ORCID iD: 0000-0001-8843-2876). Место работы и должность: координатор исследования, Медицинский центр «Mount Sinai Beth Israel». Адрес: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, 10003, USA. Электронный адрес: jenelle.richards@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор (SPIN-код: 6911-9855; Researcher ID: C-2922-2016; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X). Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34. Электронный адрес: enikolopov@mail.ru

Николаев Евгений Львович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6574-0189; Researcher ID: P-8907-2016; ORCID iD: 0000-0001-8976-715X). Место работы и должность: заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский проспект, д. 15. Электронный адрес: pzdorovie@bk.ru

Садовнича Вероника Сергеевна – клинический психолог (SPIN-код: 6775-7202; Researcher ID: AAC-1598-2021; ORCID iD: 0000-0002-3244-658X). Место работы и должность: студентка факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова». Адрес: Россия, 125009, г. Москва, ул. Моховая, 11, стр. 9. Электронный адрес: veronika.sadovnichaya13@gmail.com

Дровосек Сергей Эдуардович – психолог (SPIN-код: 2723-2966; Researcher ID: AAG-8704-2020; ORCID iD: 0000-0002-6739-4804). Место работы и должность: педагог-психолог МОУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи». Адрес: Россия, 188645, Ленинградская область, г. Всеволожск, ул. Центральная, 8. Электронный адрес: sergo.nevsky@yandex.ru

Information about the authors:

Chistopolskaya Ksenia A. – clinical psychologist (Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Place of work and position: clinical psychologist Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital. Address: Russia, 129327, Moscow, Lenskaya st., 15. Email: ktchist@gmail.com

Rogers Megan L. – PhD in Clinical Psychology (Researcher ID: AAC-1894-2021; ORCID iD: 0000-0002-4969-7035). Place of work and position: Postdoctoral Fellow, Mount Sinai Beth Israel. Address: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, New York, 10003, USA. Email: megan.l.rogers4@gmail.com

Cao Erjia – MA (Researcher ID: AAC-1940-2021; ORCID iD: 0000-0001-8516-1687). Place of work and position: Research Assistant, Mount Sinai Beth Israel. Address: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, New York, 10003, USA. E-mail: ec3430@tc.columbia.edu

Galynker Igor – MD, PhD in Psychiatry, Professor (Researcher ID: ...; ORCID iD: 0000-0001-8083-9479). Place of work and position: Director of the Suicide Research and Prevention Lab and the Zirinsky Center for Bipolar Disorder, Mount Sinai Beth Israel. Address: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, New York, 10003, USA. E-mail: igalynke@gmail.com

Richards Jenelle – MA (Researcher ID: AAC-1897-2021; ORCID iD: 0000-0001-8843-2876). Place of work and position: Research Program Coordinator, Mount Sinai Beth Israel. Address: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, New York, 10003, USA. Email: jenellearichards@gmail.com

Enikolopov Sergey N. – PhD in Clinical Psychology, Professor (Researcher ID: C-2922-2016; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X). Place of work and position: head of clinical psychology department, Mental Health Research Centre. Address: Russia, 115522, Moscow, Kashirskoe highway, 34. Email: enikolopov@mail.ru

Nikolaev Evgeni L. – DSc in Medicine, Professor (Researcher ID: P-8907-2016; ORCID iD: 0000-0001-8976-715X). Place of work and position: Head of the Chair of Social and Clinical Psychology, Ulianov Chuvash State University. Address: Russia, 428015, Cheboksary, Moskovsky prospect, 15. E-mail: pzdorovie@bk.ru

Sadovnichaya Veronika S. – psychology student (Researcher ID: AAC-1598-2021; ORCID iD: 0000-0002-3244-658X). Place of study: Student, Psychology Department, Lomonosov Moscow State University. Address: Russia, 125009, Moscow, Mokhovaya st., 11/9. Email: veronika.sadovnichaya13@gmail.com

Drovosekov Sergei E. – psychologist (Researcher ID: AAG-8704-2020; ORCID iD: 0000-0002-6739-4804). Place of work and position: pedagogue-psychologist, Center of psychological, pedagogical, medical and social help. Address: Russia, 188645, Leningrad Region, Vsevolozhsk, Centralnaya st., 8. Email: sergo.nevsky@yandex.ru

В статье предлагается понятие суицидального нарратива (СН) как компонента подострого состояния в рамках Модели нарративного суицидального кризиса. СН – это «тупиковый» нарратив жизни, перенятый из конструкта нарративной идентичности, который способен спровоцировать острой пресуицидальное состояние, Синдром суицидального кризиса. Цель исследования: адаптировать на российской выборке «Опросник суицидального нарратива». Участники: Были использованы данные интернет-опроса 537 респондентов в период с 16 июня по 22 ноября 2020 года. Возраст участников – 18-74 года ($M=26,96$, $SD=12,86$), 128 участников были мужчинами (24%), 393 – женщинами (73%), 16 выбрали иную гендерную идентичность (3%). Методики: «Опросник суицидального нарратива», шкала «Сочувствия к себе», «Шкала суицидальности». Результаты: Конфирматорный факторный анализ показал хорошее соответствие модели эмпирическим данным ($\chi^2[637]=2017,93$, $p<0,001$, $CFI=0,99$, $TLI=0,99$, $RMSEA=0,06$, $SRMR=0,06$), однако анализ конструктивной валидности показал необходимость доработки субшкал «Перфекционизма» и «Отказа от цели». Выводы: Субшкалы «Нарушенной принадлежности», «Воспринимаемой обременительности», «Поражения», «Западни» и «Страха унижения» из «Опросника суицидального нарратива» могут использоваться для исследования суицидального нарратива, в то время как перфекционизм как личностный стиль суицидента и целеполагание как элемент суицидального нарратива требует дальнейшего изучения, возможно, с использованием отдельных, более развёрнутых опросников.

Ключевые слова: суицид, суицидальный нарратив, модель нарративного суицидального кризиса, COVID-19

Пандемия COVID-19 стала вызовом для здравоохранения всех стран, попутно обострив проблемы в сфере психического здоровья, включая суицидальную активность [1]. На российской выборке было замечено усиление суицидальной идеации у респондентов интернет-опроса по мере развития эпидемии, независимо от мер самоизоляции [2], и в задачи нашего исследования входит уточнение этого феномена.

Теоретическая основа данного исследования представлена Моделью нарративного суицидального кризиса, которая была разработана И. Галынкером и коллегами [3]. Модель нарративного суицидального кризиса (МНСК) включает в себя факторы хронического и динамического риска многоступенчатой модели диатез-стресса и создана для оценки близкого суицидального риска, возникающего вследствие взаимовлияния долгосрочных факторов риска, стрессовых событий жизни (ССЖ), суицидального нарратива (СН), а также острого пресуицидального состояния, включающего аффективные и когнитивные симптомы – синдром суицидального кризиса (ССК) [3, 4]. В МНСК

The COVID-19 pandemic gave an additional strain on the world population, leading to mental health problems, including increase in suicidal activity [1]. In a Russian sample, the severity of suicidal thoughts in people were found to indeed be rising with the unfolding of the epidemic, irrespective of the lockdown measures [2], and our study sought to investigate this phenomenon.

The theoretical basis of the study is presented by the Narrative Crisis Model of suicide, developed by I. Galynker and his team [3]. Incorporating both chronic and dynamic risk factors in the diathesis-stress multi-stage model, the Narrative Crisis Model (NCM) was uniquely developed to assess imminent suicide risk evolving through confluence of long-term risk factors, stressful life events (SLEs), the Suicidal Narrative (SN), and an acute pre-

утверждается, что при столкновении со стрессовыми событиями жизни человек, обладатель долгосрочных факторов суицидального риска (уязвимых черт), может развить субъективно неприятную нарративную идентичность, которая приводит к осознанию неприемлемого будущего, СН. Подострый СН (который развивается в течение нескольких дней) может запустить невыносимо болезненное, острое когнитивно-аффективное состояние ССК (которое длится часы, минуты), представляющее близкий суицидальный риск [3].

Ряд эмпирических исследований обнаружил значимые связи между хроническими predispositional факторами уязвимости и суицидальными мыслями и действиями на протяжении жизни. Эти характеристики включают как межличностные факторы (безучастный родительский контроль, [5]), социальные переменные, включая закреплённое в культуре отношение к суициду, статус эмигранта [3], и психологические личностные черты, например, импульсивность и перфекционизм [6]. Возможный механизм, который связывает эти переменные, ССК. Авторы определяют его как опосредующий эффект между уязвимыми чертами, включая перфекционизм, импульсивность, хроническое злоупотребление ПАВ, ненадёжную привязанность, слабую социальную поддержку, детский травматический опыт, и суицидальными мыслями и действиями на протяжении жизни, что было подтверждено в исследованиях [7]. Хотя уязвимые черты остаются относительно постоянными и отдалены от острых суицидальных побуждений, они вносят вклад в долгосрочный суицидальный риск и прошлый суицидальный опыт в целом. Схожим образом, ССЖ, включая потерю или тяжёлую болезнь близкого человека или питомца, стресс отношений, социальную и физическую угрозу «Я», и другие события, являются опосредующим фактором между уязвимыми чертами и повышенным риском провокации острого состояния, приводящего к суицидальным мыслям и поведению в недалёком будущем [8].

Теория суицидального нарратива опирается на теорию нарративной идентичности [9-11]. Она определяет суицидальный нарратив как согласованные между собой, негативные схемы себя и других у суицидального человека, возникшие из хронических уязвимых черт, которые вызывают достаточно стресса для провокации возможного суицидального поведения [3, 4]. Взятые из предыдущих эмпирических исследований, компоненты суицидального нарратива включают нарушенную принадлежность, ощущение себя обузой (воспринимаемую обременительность), социальное поражение, страх унижения (межличностная ориентация), неспособность оставить недостижимые цели и переключиться на достижимые (целеполагание), а также перфекционизм и ощущение западни [4]. С помощью «Опросника межличностных потребностей» в предыдущих исследованиях удалось установить отчётливые и значимые связи между суицидальным желанием, нарушенной принадлежностью (психологически болезненным душевным состоянием, вызванным неудовлетворенной базовой

suicidal state of negative affective and cognitive symptoms, the Suicide Crisis Syndrome (SCS) [3; 4]. The NCM postulates that, when facing stressful life events, an individual with long-term risk factors for suicide may develop an internally aversive narrative identity that leads to no acceptable future, the SN. The subacute SN (days) can then trigger an intolerably painful acute cognitive-affective state of SCS (hours, minutes), which is associated with imminent suicide risk [3].

A number of empirical studies have established significant associations between chronic dispositional vulnerabilities and lifetime suicidal thoughts and behaviors, identifying both interpersonal factors (e.g., parental affectionless control; [5]), social elements, including cultural attitudes towards suicide and immigration status [3], and psychological vulnerabilities, such as impulsivity and perfectionism [6]. One possible mechanism behind the association is the SCS, which accounted for the association between trait vulnerabilities, including perfectionism, impulsivity, chronic substance abuse, insecure attachment, poor social support, and childhood trauma, and lifelong suicidal ideations and attempts in one sample [7]. While remaining comparatively static and distal to imminent suicidal urges, trait vulnerabilities contribute to long-term suicidal risk and past suicidality in general. Similarly, the occurrences of stressful life events (SLEs), including harm to close person or pet, relationship stressors, threats to self-role/identity, and threats to self-personal safety, among others, were found to explain the relationship between trait vulnerabilities and a higher risk of triggering acute state leading to both recent and future suicidal phenomena [8].

Derived from the long-established theory of narrative identity [9-11], the framework of suicide narrative is conceptualized as the coherent negative schemas of a suicidal individual and others, evolving from chronic trait vulnerabilities, that became distressing enough to induce the possibility of suicidal behaviors [3, 4]. Extracted from previously validated empirical research, components of the SN, including thwarted belongingness, perceived burdensomeness, social defeat, fear of humiliation (Interpersonal Orientation), and failure to disengage from unattainable goals and engage with more adaptive and achievable goals (Goal Orientation), are

потребностью в связях с другими людьми), и ощущением себя обузой, вызванной неудовлетворенной потребностью быть социально компетентным [12]. Схожим образом, есть данные, подтверждающие, что суицидальные мысли и поведение возникают из страха унижения, а также из желания избежать чувства поражения [13-16].

Ещё один компонент суицидального нарратива указывает на трудности адаптации к факту существования недостижимых целей и на уровень стоящей за этим феноменом когнитивной ригидности. Эти факторы значимо предсказывают будущую суицидальную идеацию [17, 18]. Вероятно, неспособность достичь жизненных целей и найти новые провоцирует фрустрацию, возможно, приводя к ощущению отсутствия смысла в жизни и, тем самым, усиливает краткосрочный суицидальный риск.

Последний элемент МНСК, синдром суицидального кризиса (ССК), описывает острое когнитивно - аффективное состояние, приводящее к близкому суицидальному риску. Синдром состоит из пяти эмпирически установленных симптомов, которые оцениваются посредством «Опросника суицидального кризиса» (ОСК), и включают напряженное ощущение западни в сочетании с сильным аффективным волнением, потерей когнитивного контроля, гипервозбуждением и социальным отчуждением [19]. Активация СН, которая выражается в негативных историях о самом себе, развившихся вследствие длительно действующих уязвимых черт характера, значимо связана с ССК. Острое состояние когнитивной и аффективной дисрегуляции может в дальнейшем привести к повышению близкого риска суицида.

Создание «Опросника суицидального нарратива» (ОСН)

В данной статье мы сосредоточились на адаптации «Опросника суицидального нарратива» (ОСН) на российской выборке в качестве первого шага проверки Модели нарративного суицидального кризиса. Оригинальная версия ОСН [4] была сформирована для исчерпывающей оценки конструктов, составляющих суицидальный нарратив (связную когнитивно-аффективную структуру, в которой репрезентация себя по отношению к другим оказывается достаточно неприятной, чтобы суицид начал рассматриваться человеком как возможный вариант решения проблемы). Компоненты суицидального нарратива были отобраны из эмпирически исследованных психологических состояний, значимо связанных с суицидальными мыслями и действиями. Это конструкты «Нарушенная принадлежность» и «Ощущение себя обузой (воспринимаемая обременительность)» [12, 20], ощущение поражения, западни, унижения, перфекционизм, а также трудности переключения с недостижимых целей на новые [21, 22]. Предполагалось, что эти компоненты связываются в единый конструкт, и когда он активируется, он приводит к острому психологическому состоянию, предшествующему повышению близкого риска суицида. Пункты первоначального опросника [4] были взяты из валидизированных шкал, включая «Опросник межличностных потребностей»

established as primary components of the SN [4]. Using the Interpersonal Need Questionnaire (INQ), previous research was able to establish distinct yet both significant associations between suicidal desire, thwarted belongingness, a psychologically painful mental state due to unfulfilled fundamental connectedness, and perceived burdensomeness, which is caused by the insufficient need for social competence [12]. Likewise, evidence has also raised the possibility that suicidal thoughts and behaviors emerge in response to the fear of humiliation, along with the desire to escape from the feeling of being defeated [13-16].

Another component of the SN indicates difficulty in readjusting from unattainable goals, the levels of cognitive rigidity behind which were identified as significant predictors of prospective suicidal ideation [17, 18]. It is plausible that the failure to pursue life goals and the inability to commit to new ones would induce frustration, possibly impairing the meaningfulness and purposefulness of living, and therefore, intensify short-term suicide risk.

As the last step of the NCM, the SCS describes an acute cognitive-affective state leading towards imminent suicide risk through five empirically-established symptoms: including an intense feeling of entrapment, accompanied by affective disturbance, loss of cognitive control, hyperarousal, and social withdrawal [19]. Activation of the SN, characterized by negative self-stories that evolved from long-term trait vulnerabilities, is significantly associated with SCS. This acute state of cognitive and affective dysregulation may further lead to an increase in imminent suicidal risk.

The Construction of the Suicidal Narrative Inventory (SNI)

In the present paper, we focus on the adaptation of the Suicidal Narrative Inventory (SNI) into Russian as the first step of verification of the Narrative Crisis Model of suicide in this population. The original version of the SNI [4] was developed to comprehensively assess constructs posited to comprise a suicidal narrative (i.e., a coherent cognitive-affective structure in which one's representation of oneself in relation to others becomes sufficiently distressing as to make suicide a viable option). Components of the suicidal narrative were drawn from empirically-validated

[23], «Многомерную шкалу перфекционизма» [24], «Шкалу отказа и смены цели» [25], «Шкалу воспринимаемой критики» [26], «Опросник унижения» [27] и «Краткую шкалу поражения и западни» [28]. Результаты психометрического анализа оригинального ОСН показали, что все субшкалы внутренне согласованы и связаны между собой, как и ожидалось [4].

Исследование

Наша гипотеза в данной работе заключалась в том, что структура ОСН на российской выборке покажет удовлетворительное соответствие эмпирическим данным и хорошую конструктивную валидность.

Материалы и методы.

Характеристика выборки

Исследование началось 16 июня 2020 года и продолжается до сих пор. В анализе использованы данные по 22 ноября 2020 года. Всего было получено 836 ответов, из числа которых мы выделили 537 респондентов, заполнивших ОНС, и 274 респондентов, заполнивших шкалу «Сочувствия к себе», использованную нами в качестве инструмента для проверки конструктивной валидности исследуемого опросника (по техническим причинам, она была добавлена позже, 13 августа 2020 года).

Возраст участников – 18-74 года ($M=26,96$, $SD=12,86$), но мода и медиана показали, что в основном участники были молодыми людьми ($Me=21$, $Mo=19$). В выборке из 537 человек 128 участников были мужчинами (24%), 393 – женщинами (73%), 16 выбрали иную гендерную идентичность (3%). География участников была следующей: 248 человек проживали в Чувашской республике, 157 – в Москве и Московской области, остальные регионы страны составляли менее 3%.

Опросники:

1. «Опросник суицидального нарратива» (ОСН) – шкала, которая включает факторы когнитивного риска суицида в соответствии с различными моделями суицидального поведения, в том числе МНСК. Оригинальная версия состоит из 132 пунктов, но для задач нашего исследования опросник был сокращён. В данном исследовании он состоял из 38 пунктов, которые в предыдущих исследованиях давали больше всего нагрузки на соответствующие шкалы. Они оцениваются по пятибалльной шкале Ликерта от 1 (абсолютно неверно) до 5 (крайне верно). Субшкалы следующие:

– «Нарушенная принадлежность» (5 пунктов) и «Воспринимаемая обременительность» (5 пунктов) – субшкалы «Опросника межличностных потребностей» [23, российская адаптация 29], которые описывают ощущение, что человек не принадлежит к значимым для него группам людей и чувствует себя обузой для любимых. Примеры пунктов: «В настоящее время я счастлив, что у меня много заботливых и поддерживающих меня друзей» (НП, обратный пункт); «В настоящее время мне кажется, что моя смерть была бы облегчением для окружающих» (ВО).

– «Страх унижения» (5 пунктов) – субшкала из «Опросника унижения» [27], который описывает страх

psychological states that are significantly related to suicidal thoughts and behaviors: thwarted belongingness and perceived burdensomeness [12; 20], defeat, entrapment, humiliation, perfectionism, and difficulties disengaging from unattainable goals [21; 22]. Specifically, these components were thought to cohere into a unified construct that, when activated, leads to an acute psychological state precipitating increases in suicide risk. Items for the original measure [4] were drawn from validated scales, including the Interpersonal Needs Questionnaire [23], Multidimensional Perfectionism Scale [24], Goal Adjustment Scale [25], Perceived Criticism Scale [26], Humiliation Inventory [27], and the Short Defeat and Entrapment Scale [28]. Results from an initial psychometric analysis of the original SNI indicated that each of the subscales was internally consistent and related to other scales in expected directions [4].

Study

We hypothesized that in our study, the structure of the SNI will show satisfactory fit to the empirical data and good construct validity in a Russian community sample.

Materials and methods:

Characteristics of the sample

The study started on June, 16, 2020, and continues today. The answers till November, 22, 2020, were used: 836 responses in total, of which 537 people answered SNI, and 274 answered Self-Compassion Scale, used for construct validity (due to technical reasons, it was added later, on August, 13, 2020).

The age of participants ranged from 18 to 74 years, $M=26.96$, $SD=12.86$, but Mode and Median showed that main pool of participants was younger ($Me=21$, $Mo=19$). In the sample of 537 people, 128 participants were males (24%), 393 were females (73%), and 16 stated some other gender identity (3%). The geography of the participants varied: 248 were from Chuvash Republic, 157 were from Moscow and Moscow region, and other regions of the country were presented by less than 3%.

The instruments:

1. Suicidal Narrative Inventory – a composite scale, which includes cognitive risk factors for suicide according to various models of suicidal behavior, including the Narrative Crisis Model of suicide. The

осмеяния и травли. Пример пункта: «Я боюсь издевательств».

– «Поражение» (5 пунктов) и «Западня» (5 пунктов) – субшкалы «Краткой шкалы поражения и западни» [28]. Они описывают ситуацию поражения и ощущения, будто у человека нет приемлемого выхода. Примеры пунктов: «Я чувствую, что лишился своей уверенности» (П); «У меня часто бывает такое чувство, когда мне хочется просто сбежать» (З).

– «Смена цели» (5 пунктов) и «Отказ от цели» (3 пункта) – субшкалы из «Шкалы отказа и смены цели» [25, российская адаптация 30], которые описывают трудности отключения от недостижимой цели и фокусировку на других, более жизнеспособных целях. Примеры пунктов: «Если мне приходится отказаться от важной цели в моей жизни, я думаю о других, новых целях, которые я могу достичь» (СЦ); «Мне трудно прекратить добиваться цели» (ОЦ).

– «Перфекционизм» (5 пунктов) – субшкала из «Многомерной шкалы перфекционизма» [24, российская адаптация 31], которая описывает ориентацию человека на безупречное исполнение. Пример пункта: «Я всегда должен выкладываться на полную».

Хотя некоторые шкалы, которые вошли в субшкалы ОСН, были переведены и адаптированы другими авторами, мы перевели все пункты заново, чтобы они составили связное целое. Поскольку Главный Исследователь с американской стороны хорошо владеет русским языком, он проверил и внёс исправления в перевод пунктов, после чего мы перешли к тестированию опросника.

2. Шкала «Сочувствие к себе» [32, российская адаптация 33]. Опросник состоит из 6 шкал, 26 пунктов, оцениваемых по шкале Ликерта от 1 (почти никогда) до 5 (почти всегда), которые озаглавлены «Как я отношусь к себе в трудные времена». Субшкалы: доброта к себе («Я стараюсь относиться к себе с любовью, когда испытываю душевную боль»), самокритика («Я не одобряю и осуждаю свои недостатки и промахи»), общность с человечеством («Когда дела идут плохо, я рассматриваю трудности как часть жизни, через которую проходят все»), самоизоляция («Когда я думаю о своих промахах, я чувствую себя отделённым, отрезанным от остального мира»), внимательность («Когда меня что-то огорчает, я стараюсь уравновешивать свои эмоции»), чрезмерная идентификация («Когда меня что-то огорчает, чувства захлестывают меня»).

3. «Шкала суицидальности» (12 пунктов, ответы «да / нет», субшкалы суицидальной активности в течение жизни и за последний месяц), использованная в этом исследовании, представляла собой производную Колумбийской шкалы самоотчета оценки суицидальной тяжести [34], и была дополнена пунктами, которые уточняют суицидальные действия, не охваченные оригинальной версией опросника. Для задач данного исследования, все пункты по субшкалам суицидальной активности в течение жизни

original version of the scale consisted of 132 items, but for the present purposes of the study the questionnaire was abridged. In this study it consisted of 38 items, which loaded strongly on the appropriate subscales in previous study. They were assessed on a 5-point Likert scale from 1 – “absolutely untrue” to 5 – “extremely true”. The subscales are:

– Thwarted Belongingness (5 items) and Perceived Burdensomeness (5 items) are the subscales from the Interpersonal Needs Questionnaire [23, Russian adaptation 29], which describe a feeling of not belonging to the significant groups of people, and being a burden for the loved ones. The examples of the subscales are: “These days, I am fortunate to have many caring and supportive friends” (TB, reversed); “These days, I think my death would be a relief to the people in my life” (PB).

– Humiliation (5 items) is a subscale from Humiliation Inventory [27], which describes the fear of being ridiculed and bullied. The example is: “I fear being harassed”.

– Defeat (5 items) and Entrapment (5 items) are the subscales from the Short Defeat and Entrapment Scale [28]. They describe the situation of failure and being in a state, when no acceptable outcome is possible. The examples are: “I feel that my confidence has been knocked out of me” (D); “I often have the feeling that I would just like to run away” (E).

– Goal Reengagement (5 items) and Goal Disengagement (3 items) are the subscales from the Goal Adjustment Scale [25; Russian adaptation 30], which describe the difficulty to withdraw from the unattainable goal and to focus on other, more viable goals. The examples are: “If I have to stop pursuing an important goal in my life, I think about other new goals to pursue” (GR); “I find it difficult to stop trying to achieve a goal” (GD).

– Perfectionism (5 items) is the subscale from the Multidimensional Perfectionism Scale [24; Russian adaptation 31], which describes the strategy of the person for a flawless performance. The example is: “I must work to my full potential at all times”.

Despite that some of the scales, which constitute the subscales, were translated and adapted elsewhere, we translated all the items anew, so that they constituted a coherent scale. As the Principal Investi-

и за последний месяц суммировались. Из 537 ответов, 116 человек признали суицидальную активность за последний месяц (от мыслей до планов и действий – от 1 до 12 баллов), и 283 человек признали разные формы суицидальности в течение жизни.

Результаты

Конфирматорный факторный анализ «Опросника суицидального нарратива».

Конфирматорный факторный анализ (КФА) был произведён для проверки факторной структуры русскоязычной версии ОСН и его соответствия оригинальной, англоязычной версии. А именно, пункты должны были давать нагрузку на соответствующие факторы: нарушенной принадлежности, воспринимаемой обременительности, страха унижения, поражения, западни, перфекционизма, отказа и смены цели. Поскольку пункты оценивались по порядковой шкале (пятибалльной шкале Ликерта), использовался взвешенный метод наименьших квадратов (ВМК). Соответствие модели оценивалось по опубликованным рекомендациям [35, 36], включая статистику χ^2 , сравнительный индекс согласия Бентлера (CFI), индекс Такера-Льюиса (TLI), корень среднеквадратической ошибки аппроксимации (RMSEA) и стандартизированный корень среднеквадратического остатка (SRMR). А именно, мы оценивали хорошее соответствие модели при достижении показателей незначимой статистики хи-квадрат, $CFI \geq 0,95$, $TLI \geq 0,95$, $RMSEA \leq 0,06$, и $SRMR \leq 0,08$. Пропущенные данные удалялись во избежание искусственного вменения точек данных. Весь анализ был произведён в R с использованием пакета *lavaan* [37].

Результаты восьмифакторного КФА на русскоязычной версии ОСН показали хорошее соответствие эмпирических данных теоретической модели и оригинальной версии опросника ($\chi^2[637] = 2017,93$, $p < 0,001$, $CFI = 0,99$, $TLI = 0,99$, $RMSEA = 0,06$, $SRMR = 0,06$). Стандартизированные факторные нагрузки представлены в Табл. 1. В целом, факторная структура опросника была подтверждена, и все пункты дали значимую нагрузку на соответствующие факторы. Альфа Кронбаха были высоки во всех шкалах, за исключением «Отказа от цели», для данной шкалы показатель был умеренным (0,689) (Табл. 2, значения в скобках по диагонали).

Конструктивная валидность «Опросника суицидального нарратива»

Сначала мы проверили корреляцию субшкал между собой, чтобы уточнить их отношения (Табл. 2). Мы видим, что наиболее сильные корреляции наблюдаются между шкалами «Поражения» и «Западни», что показывает их семантическое сходство. Эти субшкалы также высоко коррелируют с «Воспринимаемой обременительностью» ($r > 0,6$), «Страхом унижения» ($r > 0,45$) и «Нарушенной принадлежностью» ($r > 0,35$), уже на этом этапе показывая наиболее сильные факторы риска суицида.

gator of the study from the American side has a good knowledge of Russian language, he verified the translation and made some corrections.

2. Self-Compassion Scale [32, Russian adaptation 33]. The questionnaire consists of six 5-point Likert subscales from 1 (almost never) to 5 (almost always), 26 items with a heading “How I typically act towards myself in difficult times”. Subscales are following: Self-Kindness (“I try to be loving towards myself when I’m feeling emotional pain”), Self-Criticism (“I’m disapproving and judgmental about my own flaws and inadequacies”), Common Humanity (“When things are going badly for me, I see the difficulties as part of life that everyone goes through”), Isolation (“When I fail at something that’s important to me, I tend to feel alone in my failure”), Mindfulness (“When something upsets me I try to keep my emotions in balance”), and Over-Identification (“When something painful happens I tend to blow the incident out of proportion”).

3. Suicidality scale (12 items, yes/no answers, for lifetime and last month suicidal activity) used in the study is a derivative of the Columbia Suicide Severity Rating Scale [34], complemented by the items, which specify some suicidal behavior, not captured by the initial C-SSRS interview. For the present research purposes, all answers on the scale were summed up to form both lifetime and recent suicidality scores. Out of 537 responses, 116 people admitted at least some recent suicidal activity from thoughts to plans and behaviors (from 1 to 12 points), and 283 people admitted some form of lifetime suicidality.

Results

Confirmatory Factor Analysis of the Suicidal Narrative Inventory

A confirmatory factor analysis (CFA) was conducted to test the factor structure of the Russian SNI and examine whether it was consistent with the original, English, version of the SNI. Specifically, items were set to load on their respective subscale factors: thwarted belongingness, perceived burdensomeness, fear of humiliation, defeat, entrapment, perfectionism, goal reengagement, and goal disengagement. Because items were ordinal (i.e., rated on a 5-point Likert scale), diagonally weighted least squares (WLS) estimation

Таблица 1 / Table 1

Стандартизированные факторные нагрузки пунктов на субшкалы «Опросника суицидального нарратива»
Standardized factor loadings of the items on subscales from the Suicidal Narrative Inventory

Субшкала Subscale	№ Items #	Факторные нагрузки Factor loadings
Нарушенная принадлежность Thwarted Belongingness	3	0,846
	6	0,823
	16	0,708
	23	0,654
	30	0,785
Воспринимаемая обременительность Perceived Burdensomeness	19	0,894
	24	0,844
	28	0,878
	36	0,882
	35	0,958
Страх унижения Fear of Humiliation	5	0,890
	7	0,925
	12	0,866
	21	0,721
	26	0,900
Поражение Defeat	14	0,802
	15	0,824
	22	0,894
	31	0,768
	37	0,860
Смена цели Goal Reengagement	1	0,773
	13	0,770
	20	0,869
	33	0,821
	38	0,843
Отказ от цели Goal Disengagement	9	0,792
	27	0,609
	29	0,658
Западня Entrapment	11	0,664
	17	0,814
	25	0,864
	32	0,885
	34	0,811
Перфекционизм Perfectionism	2	0,798
	4	0,792
	8	0,777
	10	0,763
	18	0,810

Напротив, «Смена цели», «Отказ от цели» и «Перфекционизм» оказались менее отчетливыми факторами риска. Они положительно коррелируют друг с другом и отрицательно – с «Нарушенной принадлежностью». Можно понять, что люди, стремящиеся к совершенству, могут быть менее склонны бросать недостижимые цели, но, с другой стороны, перфекционизм – это фактор суицидального риска, в то время как конструкты отказа и смены цели – антисуицидальные факторы, так что взаимодействие оказывается более сложным.

Вместе с этим, отрицательная корреляция субшкалы

was used. Model fit was evaluated using published recommendations [35, 36], including the chi-square statistic (χ^2), comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis index (TLI), root mean squared error of approximation (RMSEA), and standardized root mean residual (SRMR). Specifically, good model fit was indicated by a non-significant χ^2 statistic, CFI $\geq .95$, TLI $\geq .95$, RMSEA $\leq .06$, and SRMR $\leq .08$. Missing data were handled using list-wise deletion to avoid artificial imputation of data points. All analyses were conducted in R using the *lavaan* package [37].

Results of an eight-factor CFA of the Russian version of the SNI resulted in good model fit ($\chi^2[637] = 2017.93$, $p < .001$, CFI = .99, TLI = .99, RMSEA = .06, SRMR = .06). Standardized factor loadings are presented in Table 1. Overall, the factor structure replicated that of the English version of the SNI, in that all items significantly loaded onto their respective factors. Cronbach's alphas were high in all the scales, except for Goal Disengagement, in which it was moderate (0.689) (Table 2, diagonal, in parenthesis).

Construct validity of the Suicidal Narrative Inventory

First, we correlated the subscales with each other, to verify their relations (Table 2). We see the most prominent correlation between Defeat and Entrapment scales, which shows their semantic similarity. Defeat and Entrapment also correlate strongly with Perceived Burdensomeness ($r > 0.6$), and Fear of Humiliation ($r > 0.45$), and Thwarted Belongingness ($r > 0.35$), which mark the most pressing risk factors for suicide.

On the contrary, Goal Reengagement, Goal Disengagement and Perfectionism turn out to be less straightforward risk factors. They correlate positively with each other and negatively with Thwarted Belongingness. It's understandable that those who seek perfection may be less prone to leave unattainable goals, but on the other hand, Perfectionism is a risk factor for suicide, while goal adjustment constructs are protective against suicide, so the interaction here is more complex.

But the negative correlation of Perfectionism with Thwarted Belongingness and no correlation with Perceived Burdensomeness cast a doubt on the validity of

«Перфекционизма» с «Нарушенной принадлежностью» и отсутствие корреляции с «Воспринимаемой обременительностью» бросает тень на валидность этой субшкалы для использования её в суицидологических исследованиях. В соответствии с теорией П. Хьюитта, перфекционист имеет глубоко искаженное восприятие социальных отношений, вследствие чего и бросается на поиски идеала – чтобы обрести уважение, любовь и утраченную связь с близкими [38]. Поэтому мы ожидали высокую положительную корреляцию с этими факторами риска, а отсутствие этих связей указывает на необходимость дальнейших исследований этой субшкалы, и даже отдельного использования полной шкалы перфекционизма в последующих суицидологических исследованиях.

Субшкала «Страха унижения», к нашему удивлению, не коррелировала с субшкалами «Отказа от цели» и «Смены цели», но имела невысокую положительную (ожидаемую) связь с субшкалой «Перфекционизма».

Корреляции субшкал ОСН со шкалой «Сочувствия к себе» вновь показывают, что наиболее тревожные компоненты суицидального нарратива – это конструкты «Воспринимаемой обременительности», «Страха унижения», «Поражения», «Западни», поскольку они показывают умеренно-высокие отрицательные корреляции с субшкалами «Сочувствия к себе». «Нарушенная принадлежность» демонстрирует большинство ожидаемых корреляций, но меньшего порядка.

the subscale for suicide research. In P. Hewitt’s theory, perfectionist has a deeply problematic perception of their social relationships, which throws them on a quest for perfection – to gain respect, and love, and a lost connection [38]. So we would expect strong positive links with these social risk factors, and the absence of them shows the need for further study of this subscale, and maybe a separate use of some perfectionism scale in other studies of suicidality.

The Fear of Humiliation subscale, surprisingly, has no correlations with goal adjustment measures, but has a small positive (expected) correlation with Perfectionism.

Correlations of the SNI subscales with Self-Compassion Scale again prove that the most worrisome components of the suicidal narrative are Perceived Burdensomeness, Fear of Humiliation, Defeat and Entrapment constructs, as they show moderate to high negative relation with self-compassion subscales. Thwarted Belongingness demonstrates most of the expected correlations, but to a lesser degree.

Корреляции субшкал «Опросника суицидального нарратива» между собой
Intercorrelations of the Suicidal Narrative Inventory subscales

Таблица 2 / Table 2

Субшкала Subscale	M (SD)	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Нарушенная принадлежность Thwarted Belongingness	1,38 (0,83)	(0,827)	0,35***	0,12**	0,38***	-0,41***	-0,31***	0,40***	-0,33***
2. Воспринимаемая обременительность Perceived Burdensomeness	1,80 (0,86)		(0,917)	0,33***	0,64***	-0,26***	-0,08	0,67***	0,04
3. Страх унижения Fear of Humiliation	3,20 (1,04)			(0,904)	0,48***	-0,06	0,08	0,52***	0,13**
4. Поражение Defeat	2,35 (0,92)				(0,893)	-0,26***	-0,09*	0,90***	0,07
5. Смена цели Goal Reengagement	3,41 (0,86)					(0,885)	0,26***	-0,24***	0,20***
6. Отказ от цели Goal Disengagement	3,36 (0,76)						(0,689)	-0,12**	0,45***
7. Западня Entrapment	2,44 (0,92)							(0,870)	0,02
8. Перфекционизм Perfectionism	3,36 (0,83)								(0,864)

Примечание: Достоверность p<0,05 - *, p<0,01 - **, p<0,001 - ***
Note: Levels of significance: p<0,05 - *, p<0,01 - **, p<0,001 - ***

Таблица 3 / Table 3

Корреляции субшкал «Опросника суицидального нарратива» со шкалой «Сочувствия к себе» (274 ответа)
Correlations of Suicide Narrative Inventory subscales with Self-Compassion Scale (274 responses)

Субшкала Subscale	M (SD)	Доброта к себе Self-Kindness	Самокритика Self-Criticism	Общность с человечеством Common Humanity	Самоизоляция Self-Isolation	Внимательность Mindfulness	Чрезмерная идентификация Over-Identification	Сочувствие к себе Self-Compassion
1. Нарушенная принадлежность Thwarted Belongingness	1,21 (0,84)	-0,30***	0,12*	-0,21***	0,15*	-0,27***	0,06	-0,28***
2. Воспринимаемая обременительность Perceived Burdensomeness	1,80 (0,84)	-0,30***	0,35***	-0,02	0,39***	-0,26***	0,26***	-0,43***
3. Страх унижения Fear of Humiliation	2,98 (1,02)	-0,19**	0,47***	0,13*	0,62***	-0,10	0,62***	-0,52***
4. Поражение Defeat	2,23 (0,81)	-0,33***	0,43***	-0,06	0,58***	-0,29***	0,51***	-0,59***
5. Смена цели Goal Reengagement	3,36 (0,89)	0,26***	0,02	0,33***	-0,13*	0,26***	-0,03	0,24***
6. Отказ от цели Goal Disengagement	3,39 (0,75)	0,21***	0,12	0,28***	-0,03	0,22***	0,06	0,13*
7. Западня Entrapment	2,28 (0,86)	-0,36***	0,45***	-0,07	0,60***	-0,30***	0,53***	-0,63***
8. Перфекционизм Perfectionism	3,45 (0,78)	0,14*	0,23***	0,16**	0,05	0,16**	0,12*	<0,01
M (SD)		3,03 (0,80)	2,83 (0,88)	2,90 (0,84)	2,70 (1,00)	3,16 (0,82)	2,94 (0,98)	3,11 (0,56)

Примечание: Достоверность $p < 0,05$ - *, $p < 0,01$ - **, $p < 0,001$ - ***.
Note: Levels of significance: $p < 0,05$ - *, $p < 0,01$ - **, $p < 0,001$ - ***.

Шкалы «Отказа от цели» и «Смены цели» показывают умеренно-низкие корреляции с позитивными конструктами сочувствия к себе (с «Добротой к себе», «Общностью с человечеством», «Внимательностью», общим баллом «Сочувствия к себе», то есть неумение отказаться от недостижимой цели скорее рассматривается людьми как нечто позитивное), но не дают корреляций с негативными аспектами. Субшкала «Перфекционизма», напротив, ведёт себя непоследовательно и положительно коррелирует с позитивными и негативными аспектами сочувствия к себе, что вновь говорит о необходимости более сложной и чувствительной шкалы для измерения разрушительности перфекционизма.

Предварительный этап проверки Модели нарративного суицидального кризиса: связь суицидального нарратива с суицидальностью

Затем мы проверили связи субшкал ОСН с реальным суицидальным поведением, о котором люди сообщили в шкале самоотчета («Шкале суицидальности»). Опять-таки, конструкты «Воспринимаемой обременительности», «Поражения» и «Западни» проявились как наиболее сильные факторы риска и компоненты суицидального нарратива. Конструкты «Нарушенной принадлежности», «Смены цели» и «Страх»

Goal adjustment subscales show moderate to small correlations with positive constructs of self-compassion (Self-Kindness, Common Humanity, Mindfulness, general SCS score, which means that inability to disengage from unattainable goal respondents viewed as a positive quality) and no correlations with negative aspects. Perfectionism subscale, on the contrary, behaves inconsistently and has positive links with both positive and negative aspects of self-compassion, which again speaks for the need of a more complex and sensitive measure to capture the destructiveness of perfectionism.

The preliminary step of testing the Narrative Crisis Model of suicide: a link of suicidal narrative with suicidality

Then we checked the relations of the SNI subscales with actual self-

унижения» были тоже значимы, но меньше, а субшкалы «Отказа от цели» и «Перфекционизма» не показали значимых связей.

Таблица 4 / Table 4

Корреляции субшкал ОСН с суицидальностью на протяжении жизни и за последний месяц
Correlation of the SNI subscales with lifetime and recent suicidality

Субшкала Subscale	На протяжении жизни Lifetime suicidality	За последний месяц Recent suicidality
1. Нарушенная принадлежность Thwarted Belongingness	0,28***	0,21***
2. Воспринимаемая обременительность Perceived Burdensomeness	0,32***	0,39***
3. Страх унижения Fear of Humiliation	0,25***	0,14**
4. Поражение Defeat	0,36***	0,35***
5. Смена цели Goal Reengagement	-0,10*	-0,15***
6. Отказ от цели Goal Disengagement	-0,08	-0,07
7. Западня Entrapment	0,40***	0,37***
8. Перфекционизм Perfectionism	-0,07	-0,02

Примечание: Достоверность $p < 0,05$ - *, $p < 0,01$ - **, $p < 0,001$ - ***.
Note: Levels of significance: $p < 0,05$ - *, $p < 0,01$ - **, $p < 0,001$ - ***.

reported suicidal behavior (Suicidality scale). Again, Perceived Burdensomeness, Defeat and Entrapment constructs were the most pressing risk factors and components of suicidal narrative. Thwarted Belongingness, Goal Reengagement and Humiliation constructs were important, but to a lesser degree; Goal Disengagement and Perfectionism subscales showed no significant correlations.

We performed linear regression analysis to find out the most important risk factors for the lifetime and recent (one month) suicidality. It showed that Thwarted Belongingness and Entrapment constructs (and, marginally, Fear of Humiliation) have the highest predictive value for lifetime suicidal behavior (Table 5), while for the recent suicidality these factors were Perceived Burdensomeness and Entrapment (Table 6).

Interestingly, but Entrapment worked both as a lifetime and a short-term factor of suicidal behavior, and Perceived Burdensomeness was slightly more pressing factor for the recent suicidality, than Entrapment.

Таблица 5 / Table 5

Поиск наиболее значимых факторов, предсказывающих суицидальность на протяжении жизни (ЗП)
A search for the most predictive risk factors of lifetime suicidality (DV)

Показатель Indicator	Нестандартизированные коэффициенты Unstandardized Coefficients		Станд. коэф. Std. Coef.	t	p
	B	Ст.ошибка Std. Error	Beta		
Смена цели Goal Reengagement	0,161	0,139	0,051	1,160	0,246
Перфекционизм Perfectionism	-0,175	0,152	-0,054	-1,149	0,251
Нарушенная принадлежность Thwarted Belongingness	0,457	0,159	0,141	2,874	0,004
Страх унижения Fear of Humiliation	0,219	0,121	0,085	1,815	0,070
Отказ от цели Goal Disengagement	0,030	0,161	0,009	0,189	0,850
Западня Entrapment	0,920	0,280	0,314	3,281	0,001
Поражение Defeat	-0,161	0,268	-0,055	-0,602	0,548
Воспринимаемая обременительность Perceived Burdensomeness	0,251	0,169	0,080	1,486	0,138

Примечание: Характеристика модели $R^2 = 0,19$, $F = 15,521$, $p < 0,001$
Note: Characteristics of the model $R^2 = 0,19$, $F = 15,521$, $p < 0,001$

Мы провели линейный регрессионный анализ, чтобы определить наиболее значимые факторы риска для суицидальности на протяжении жизни и за последний месяц. Было обнаружено, что конструкты «Нарушенной принадлежности» и «Западни» (и, с пограничной значимостью, «Страх унижения») имеют самую большую ценность для предсказания суицидальности на протяжении жизни (Табл. 5), в то время как суицидальность на протяжении месяца предсказывалась в основном через конструкты «Воспринимаемой обременительности» и «Западни» (Табл. 6).

Любопытно, что конструкт «Западня» действовал и как долгосрочный, и как краткосрочный фактор суицидального поведения, а «Воспринимаемая обременительность» оказалась чуть более сильным фактором, вносящим чуть больший вклад в недавнее суицидальное поведение, чем конструкт «Западни». На первый взгляд, это противоречит Интегративной мотивационно-волевой модели суицидального поведения [22], которая ставит переживание западни ближе к волевому этапу суицидального процесса. Но в нашей модели учитывался когнитивный конструкт «отсутствия будущего», и, похоже, люди могут жить с когнитивной концептуализацией своей жизни как некой ловушки, с ощущением безысходности. Возможно, именно социальный фактор придаёт им мотивацию к суицидальным действиям (будь то воспринимаемое отсутствие принадлежности или ощущение себя обузой для близких), что больше соответствует Межличностной теории суицида [23]. «Нарушенная принадлежность» и «Страх унижения» действовали как отдаленные (хронические) факторы суицидальности.

At first glimpse, it contradicts with the Integrated Motivational Volitional Model of suicidal behavior [22], which puts Entrapment closer to volitional part of the suicidal process. But in our model the cognitive construct of “no future” was assessed, and it seems that people may live with the cognitive conceptualization of their life as a trap, and probably it is the social factor that gives them motivation for suicidal action (be it the perception of not belonging or of being a burden), which is more consistent with the Interpersonal Theory of Suicide [23]. Thwarted Belongingness and Fear of Humiliation worked as distal (or chronic) factors of suicidality.

Discussion and directions for the further study

The adaptation of the Suicidal Narrative Inventory on a Russian sample went well. The confirmatory factor analysis showed a good fit of the theoretical model to the empirical data, and the subscales have good reliability and internal consistency.

The construct validity, though, found a less stable subscale (Perfectionism), which says that probably a full measure is needed to capture the destructiveness of this personal strategy.

Таблица 6 / Table 6

Поиск наиболее значимых факторов, предсказывающих недавнюю суицидальность (ЗП)
A search for the most predictive factors of recent suicidality (DV)

Показатель Indicator	Нестандартизированные коэффициенты Unstandardized Coefficients		Станд. коэф. Std. Coef.	t	p
	B	Ст. ошибка Std. Error	Beta		
Смена цели Goal Reengagement	-0,041	0,079	-0,023	-0,518	0,605
Перфекционизм Perfectionism	-0,009	0,086	-0,005	-0,109	0,914
Нарушенная принадлежность Thwarted Belongingness	0,046	0,090	0,025	0,505	0,614
Страх унижения Fear of Humiliation	-0,082	0,068	-0,056	-1,195	0,233
Отказ от цели Goal Disengagement	-0,016	0,091	-0,008	-0,176	0,860
Западня Entrapment	0,363	0,159	0,220	2,285	0,023
Поражение Defeat	0,002	0,152	0,001	0,013	0,989
Воспринимаемая обременительность Perceived Burdensomeness	0,434	0,096	0,246	4,531	<0,001

Примечание: Характеристика модели $R^2=0,18$, $F=14,445$, $p<0,001$

Note: Characteristics of the model $R^2=0,18$, $F=14,445$, $p<0,001$

Обсуждение и дальнейшие направления исследований

Адаптация «Опросника суицидального нарратива» на российской выборке прошла хорошо. Конфирматорный факторный анализ показал хорошее соответствие теоретической модели эмпирическим данным, и субшкалы продемонстрировали хорошую внутреннюю согласованность и надёжность.

Конструктивная валидность, однако, показала менее стабильную субшкалу («Перфекционизм»), так что, предположительно, требуется полный опросник, чтобы уловить разрушительность этого личностного стиля. Кроме того, в предыдущих исследованиях в рамках МНСК перфекционизм рассматривался как хронический суицидальный фактор (личностная черта, уязвимость), и, возможно, поэтому его связь с суицидальностью менее ярка [8].

Субшкала «Смена цели» имела низкие, но осмысленные корреляции с субшкалами опросника «Сочувствия к себе» и «Шкалой суицидальности», в то время как субшкала «Отказ от цели» положительно коррелировала с позитивными субшкалами «Сочувствия к себе» и не показала связей со «Шкалой суицидальности», то есть её связь с суицидальным поведением не столь очевидна. Однако в недавнем исследовании в рамках МНСК было показано [8], что конструкт целеполагания, который выражается в шкалах «Отказа и смены цели», составляет отдельный фактор. Он напрямую связан с будущими суицидальными попытками, в обход синдрома суицидального кризиса и суицидальной идеации. Поэтому данный конструкт требует дальнейшего изучения в суицидологии и должен учитываться при оценке статуса суицидального пациента.

Субшкалы «Нарушенной принадлежности», «Воспринимаемой обременительности», «Страх унижения», «Поражения» и «Западни», созданные на основе Межличностной теории суицида и Интегративной мотивационно-волевой модели суицидального поведения, проявили себя как наиболее сильные факторы, коррелирующие и со «Шкалой суицидальности», и с субшкалами «Сочувствия к себе». Когнитивный конструкт «Западни», призванный оценить восприятие «отсутствия будущего», «беспросветность», действовал и как сильный хронический, и как краткосрочный фактор суицидального поведения. Аффективная часть этого конструкта, краткосрочное, интенсивное дисфорическое состояние входит в синдром суицидального кризиса (ССК) и в этом смысле не противоречит Интегративной мотивационно-волевой модели [22]. Но такое разделение требует дальнейшего подтверждения на российской выборке.

Модель нарративного суицидального кризиса представляет собой важный шаг в интеграции научных знаний о суицидальном поведении с учётом развития суицидального процесса во времени, с разделением факторов риска на хронические (дистальные) и краткосрочные (проксимальные). Однако требуются дальнейшие исследования в рамках этой модели по адаптации «Шкалы суицидального кризиса», чтобы связать острый пресуицид с подострым состо-

Besides, in previous studies in the framework of NCM, perfectionism was viewed as a chronic factor of suicidality (personal trait, vulnerability), so, probably, that's why its link with suicidality is less pronounced [8].

The Goal Reengagement subscale had low, but meaningful correlations with Self-Compassion subscales and Suicidality score, while Goal Disengagement correlated positively with positive Self-Compassion subscales and had no correlations with Suicidality, which shows that it has a less decisive link to suicidal behavior. Still, the recent study in the framework of NCM showed [8] that the construct of goal orientation, as conceptualized in the Goal Adjustment Scale, composes a separate factor. It is directly linked with prospective suicide attempts, bypassing the Suicide Crisis Syndrome and Suicidal Ideation. This shows that this construct needs further study in suicide research and has to be taken into consideration in assessment of the suicidal patient.

Thwarted Belongingness, Perceived Burdensomeness, Fear of Humiliation, Defeat and Entrapment subscales from the Interpersonal Theory of Suicide and the Integrated Motivational-Volitional Model of suicidal behavior proved to be the strongest constructs to relate both with Suicidality score and the self-compassion subscales. The cognitive construct of Entrapment, which was aimed to assess the perception of "no future", acted both as a chronic and as a short-term factor of suicidal behavior. The affective part of this construct, a short-living, intense dysphoric state is accounted for in the Suicidal Crisis Syndrome (SCS), and in this sense, it does not contradict the Integrative Motivational-Volitional Model [22]. But this division needs further study on the Russian sample.

Narrative Crisis Model of suicide presents an important step in integrating scientific knowledge on suicidal behavior, accounting for development of suicidal process in time, dividing risk factors of suicide into chronic (distal) and short-term (proximal). Still, further work is needed in the framework of this model to adapt the measure of Suicidal Crisis Scale, in order to link acute presuicidal state with sub-acute state, as conceptual-

янием, которое концептуализировано в конструкте суицидального нарратива.

ized in the construct of Suicidal Narrative.

Литература / References:

- O'Connor R., Wetherall K., Cleare S., et al. Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health and Wellbeing Study. *The British Journal of Psychiatry*. 2020. DOI: 10.1192/bjp.2020.212
- Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю. Анализ динамики депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19 в России. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 3–16. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-3-16. [Medvedeva T.I., Enikolopov S.N., Boyko O.M., Vorontsova O.Yu. The dynamics of depressive symptoms and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic in Russia. *Suicidology*. 2020; 11(3): 3–16]. (In Russ).
- Galynker I. *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. New York, NY: Oxford University Press, 2017. 328 p.
- Cohen L.J., Gorman B., Briggs J., Jeon M.E., Ginsburg T., Galynker I. The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019; 49 (2): 413–422. DOI: 10.1111/sltb.12439
- Goschin S., Briggs J., Blanco-Lutzen S., Cohen L.J., Galynker I. Parental affectionless control and suicidality. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 151 (1): 1–6. DOI: 10.1016/j.jad.2013.05.096
- Wenzel A., Beck A.T. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*. 2008; 12(4): 189–201. DOI: 10.1016/j.appsy.2008.05.001
- Cohen L.J., Ardanian F., Yaseen Z., Galynker I. Suicide crisis syndrome mediates the relationship between long-term risk factors and lifetime suicidal phenomena. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018; 48 (5): 613–623. DOI: 10.1111/sltb.12387
- Bloch-Elkouby S., Gorman B., Lloveras L., Wilkerson T., Schuck A., Barzilay S., Calati R., Schnur D., Galynker I. How do distal and proximal risk factors combine to predict suicidal ideation and behaviors? A prospective study of the narrative crisis model of suicide. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 277: 914–926. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.088
- McLean K.C., Pasupathi M., Pals J.L. Selves creating stories creating selves: A process model of self-development. *Personality and Social Psychology Review*. 2007; 11 (3): 262–278. DOI: 10.1177/1088868307301034
- Pals J.L. Narrative identity processing of difficult life experiences: Pathways of personality development and positive self-transformation in adulthood. *Journal of Personality*. 2006; 74 (4): 1079–1110. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2006.00403.x
- Woike B., Polo M. Motive-related memories: Content, structure, and affect. *Journal of Personality*. 2001; 69 (3): 391–415. DOI: 10.1111/1467-6494.00150
- Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner T.E.Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*. 2010; 117 (2): 575–600.
- Klein D.C. The humiliation dynamic: An overview. *Journal of Primary Prevention*. 1991; 12 (2): 93–121. DOI: 10.1007/BF02015214
- Gilbert P., Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*. 1998; 28 (3): 585–598. DOI: 10.1017/S0033291798006710
- Hendin H., Maltsberger J.T., Haas A.P., Szanto K., Rabinowicz H. Desperation and other affective states in suicidal patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004; 34 (4): 386–394. DOI: 10.1521/suli.34.4.386.53734
- Siddaway A.P., Taylor P.J., Wood A.M., Schulz J. A meta-analysis of perceptions of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, posttraumatic stress disorder, and suicidality. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 184: 149–159. DOI: 10.1016/j.jad.2015.05.046
- O'Connor R.C., Fraser L., Whyte M.C., MacHale S., Masterton G. Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: The relationship between goal disengagement, goal reengagement and suicidal ideation. *Behaviour research and therapy*. 2009; 47 (2): 164–169.
- O'Connor R., O'Carroll R.E., Ryan C., Smyth R. Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: A two year prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 142 (1-3): 248–255. DOI: 10.1016/j.jad.2012.04.035
- Schuck A., Calati R., Barzilay S., Bloch-Elkouby S., Galynker I. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & The Law*. 2019; 37 (3): 223–239. DOI: 10.1002/bsl.2397
- Chu C., Buchman-Schmitt J.M., Stanley I.H. ... Joiner T.E.Jr. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*. 2017; 143 (12): 1313–1345. DOI: 10.1037/bul0000123
- Dhingra K., Boduszek D., O'Connor R.C. Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational-Volitional Model of suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorder*. 2015; 186 (1): 211–218. DOI: 10.1016/j.jad.2015.07.007
- O'Connor R.C., Kirtley O.J. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*. 2018; 373 (1754). DOI: 10.1098/rstb.2017.0268
- Van Orden K.A., Cukrowicz K.C., Witte T.K., Joiner T.E.Jr. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*. 2012; 24 (1): 197–215. DOI: 10.1037/a0025358
- Hewitt P.L., Flett G.L., Turnbull-Donovan W., Mikail S.F. The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991; 3(3): 464–468. DOI: 10.1037/1040-3590.3.3.464
- Wrosch C., Scheier M.F. Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*. 2003. Vol. 12. P. 59–72. doi: 10.1023/A:1023529606137
- Hookey J.M., Teasdale J.D. Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*. 1989; 98 (3): 229–235.
- Hartling L.M., Luchetta T. Humiliation: Assessing the Impact of Derision, Degradation, and Debasement. *The Journal of Primary Prevention*. 1999; 19: 259–278. DOI: 10.1023/A:1022622422521
- Griffiths A.W., Wood A.M., Maltby J., Taylor P.J., Panagioti M., Tai S. The development of the Short Defeat and Entrapment Scale (SDES). *Psychological Assessment*. 2015; 27 (4): 1182–1194. DOI: 10.1037/pas0000110
- Меньшикова А.А., Герсамия А.Г., Канаева Л.С., Акжигитов Р.Г. Теория суицидального поведения Т. Джойнера: Адаптация опросника межличностных потребностей (INQ) *Российский психиатрический журнал*. 2016; 2: 51–60 [Menshikova A.A., Gersamiya A.G., Kanaeva L.S., Akzhigitov R.G. T. Joiner's theory of suicide: An adaptation of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ). *Russian Journal of Psychiatry*. 2016; 2: 51–60] (In Russ) DOI: 10.24411/1560-957X-2016-1%25x
- Рассказова Е.И. Апробация русскоязычной версии шкалы отказа и смены цели. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*. 2018; 2: 100–117. DOI: 10.11621/vsp.2018.02.100 [Rasskazova E.I. Validation of the Russian version of the Goal Disengagement and Re-Engagement Scale. *Moscow University Psychology Bulletin*. 2018; 2: 100–117.] (In Russ)
- Грачева И.И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта. *Психологический журнал*. 2006; 27 (6): 73–80. [Gracheva I.I. Adaptation of "Multidimensional Perfectionism Scale" technique by P. Hewitt and G. Flett. *Psikhologicheskii zhurnal*. 2006; 27 (6): 73–80.] (In Russ)
- Neff K. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003; 2 (2): 223–250. DOI: 10.1080/15298860309027
- Чистопольская К.А., Осин Е.Н., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Мысина Г.А., Дровосек С.Э. Концепт «Сочувствие к себе»: российская адаптация опросника Кристин Нефф. *Культурно-историческая психология*. 2020; 16 (4): 35–48. DOI: 10.17759/chp.2020160404. [Chistopolskaya K.A., Osin E.N., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Mysina G.A., Drovoskov S.E. The concept of self-compassion: A Russian adaptation of the scale by Kristin Neff. *Cultural-Historical Psychology*. 2020; 16 (4): 35–48.] (In Russ, En)
- Posner K., Brown G.K., Stanley B. et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and

- adults. *The American Journal of Psychiatry*. 2011; 168 (12): 1266–1277. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704
35. Hu L., Bentler P.M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999; 6 (1): 1–55. DOI: 10.1080/10705519909540118
36. Vandenberg R.J., Lance C.E. A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*. 2000; 3 (1): 4–70. DOI: 10.1177/109442810031002
37. Rosseel Y. Lavaan: An R package for structural equation modeling and more. A version 0.5-12 (BETA). *Journal of Statistical Software*. 2012; 48 (i02).
38. Flett G.L., Hewitt P.L., Heisel M.J. The destructiveness of perfectionism revisited: Implications for the assessment of suicide risk and the prevention of suicide. *Review of General Psychology*. 2014; 18 (3): 156–172. DOI: 10.1037/gpr0000011

ADAPTATION OF THE SUICIDAL NARRATIVE INVENTORY IN A RUSSIAN SAMPLE

K.A. Chistopolskaya¹, M.L. Rogers²,
E. Cao², I. Galyunker², J. Richards²,
S.N. Enikolopov³, E.L. Nikolaev⁴,
V.S. Sadovnichaya⁵, S.E. Drovosekov⁶

¹Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia

²Mount Sinai Beth Israel, New York, USA

³Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

⁴Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

⁵Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

⁶Center of psychological, pedagogical, medical help, Vsevolozhsk, Russia

Abstract:

The Suicidal Narrative (SN), a sub-acute component of the Narrative Crisis Model of suicide is introduced in the article. SN is a dead-end life narrative derived from the construct of narrative identity that may give rise to the acute pre-suicidal mental state, the Suicide Crisis Syndrome. Study objective: To adapt on a Russian sample the Suicidal Narrative Inventory. Participants: The internet survey was conducted, and 537 responses from June, 16, 2020 to November, 22, 2020 were used. The age of the respondents – 18-74 (M=26.96, SD=12.86), 128 respondents were male (24%), 393 – female (73%), 16 has chosen some other gender identity (3%). Methods: Suicidal Narrative Inventory, Self-Compassion Scale, Suicidality Scale. Results: Confirmatory factor analysis showed good model fit ($\chi^2[637]=2017.93, p<0.001, CFI=0.99, TLI=0.99, RMSEA=0.06, SRMR=0.06$), but construct validity indicated, that further work is needed for the subscales of Perfectionism and Goal Disengagement. Conclusions: Subscales of Thwarted Belongingness, Perceived Burdensomeness, Defeat, Entrapment, and Fear of Humiliation from the Suicidal Narrative Inventory can be used for suicidal narrative studies, while perfectionism as personal style of a suicidal person and goal adjustment strategies as the elements of suicidal narrative need further research, possibly, with the use of more elaborate questionnaires.

Keywords: suicide, suicidal narrative, narrative crisis model of suicide, COVID-19

Вклад авторов:

K.A. Чистопольская: дизайн исследования, перевод опроса на русский язык, координация исследования, анализ данных, написание статьи, редакция статьи;
M.L. Rogers: анализ данных, написание статьи, редакция статьи;
E. Cao: координация исследования, литературный обзор, написание статьи;
И. Галынкер: дизайн исследования, редакция перевода, редакция статьи;
J. Richards: координация исследования, анализ данных;
С.Н. Ениколопов: дизайн исследования, редакция перевода, редакция статьи;
Е.Л. Николаев: сбор данных, редакция статьи;
В.С. Садовнича: сбор данных, анализ данных;
С.Э. Дровосеков: сбор данных.

Authors' contributions:

K.A. Chistopolskaya: study design, survey translation, study coordination, data analysis, article writing, article editing
M.L. Rogers: data analysis, article writing, article editing;
E. Cao: study coordination, literature review, article writing;
I. Galyunker: study design, translation editing, article editing;
J. Richards: study coordination, data analysis;
S.N. Enikolopov: study design, translation editing, article editing;
E.L. Nikolaev: data collection, article editing;
V.S. Sadovnichaya: data collection, data analysis;
S.E. Drovosekov: data collection.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 30.11.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 24.12.2020.

Для цитирования: Чистопольская К.А., Rogers M.L., Cao E., Галынкер И., Richards J., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Садовнича В.С., Дровосеков С.Э. Адаптация «Опросника суицидального нарратива» на российской выборке. *Суицидология*. 2020; 11 (4): 76-90. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90

For citation: Chistopolskaya K.A., Rogers M.L., Cao E., Galyunker I., Richards J., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Sadovnichaya V.S., Drovosekov S.E. Adaptation of the Suicidal narrative inventory in a Russian sample. *Suicidology*. 2020; 11 (4): 76-90. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90

СУИЦИД НА ЖЕЛЕЗНЫХ ДОРОГАХ

П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, Е.Г. Скрябин, М.А. Аксельров, Е.П. Гарагашева, А.Г. Бухна

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия

RAILWAY SUICIDE

*P.B. Zotov, E.B. Lyubov,
E.G. Skryabin, M.A. Akselrov,
E.P. Garagasheva, A.G. Buhna*

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research
center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia
Regional clinical hospital № 2, Tyumen, Russia

Информация об авторах:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Россия, Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, 19. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Скрябин Евгений Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Место работы и должность: врач травматолого-ортопедического отделения детского стационара ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: Россия, 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75; профессор кафедры травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: skryabineg@mail.ru

Аксельров Михаил Александрович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 3127-9804; ORCID iD: 0000-0001-6814-8894). Место работы и должность: заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; заведующий детским хирургическим отделением №1 ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75. Электронный адрес: akselrov@mail.ru

Гарагашева Екатерина Павловна (SPIN-код: 3893-1762; AuthorID: 901232; ORCID iD: 0000-0002-2572-0480). Место учёбы: ординатор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Электронный адрес: e.p.note@mail.ru

Бухна Андрей Георгиевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 2757-0463; ORCID iD: 0000-0002-9580-0005). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры психологии и педагогики с курсом психотерапии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: +7 (912) 398-14-27, электронный адрес: Buhna_Andrey@mail.ru

Information about the authors:

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work: Head of the Department of Oncology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str.; Specialist of the Center for Suicidal Prevention of Regional Clinical Psychiatric Hospital. Address: Tyumen region, Vinzili, 19 Sosnovaya str. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

Lyubov Evgeny Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Place of work: Chief Researcher, Clinical and Preventive Suicidology Division, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: Russia, 107076, Moscow, 3/10 Poteshnaya str. Phone: +7 (495) 963-75-72, email: lyubov.evgeny@mail.ru

Skryabin Evgeny Gennadievich – MD, PhD (SPIN-code: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Place of work: Professor of the Department of Traumatology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str.; Specialist of traumatological Department of children's hospital of Regional clinical hospital №2. Address: Russia, 625039, Tyumen, 75 Melnikayte str. Phone: +7 (3452) 28-70-18, email: skryabineg@mail.ru

Akselrov Mikhail Alexandrovich – MD, PhD, associate Professor (SPIN-code: 3127-9804; ORCID iD: 0000-0001-6814-8894). Place of work: Head of the Department of pediatric surgery, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str.; Head of the children's surgical Department №1 of Regional clinical hospital № 2. Address: Russia, 625039, Tyumen, 75 Melnikayte str. Email: akselrov@mail.ru

Garagasheva Ekaterina Pavlovna (SPIN-code: 3893-1762; AuthorID: 901232; ORCID iD: 0000-0002-2572-0480). Place of study: clinical resident of the Department of Psychiatry, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Email: e.p.note@mail.ru

Buhna Andrey Georgievich – MD, PhD (SPIN-code: 2757-0463; ORCID iD: 0000-0002-9580-0005). Place of work: assistant of the Department of psychology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Phone: +7 (912) 398-14-27, email: Buhna_Andrey@mail.ru

Самоубийства на железных дорогах – сложная и малоизученная сфера частной суицидологии. В настоящем обзоре показано, что в России единичные, периодически появляющиеся сообщения не позволяют оценить масштаб проблемы в стране в целом, выделить факторы и группы риска, и, как следствие, определить эффективные меры индивидуальной профилактики. Опыт отдельных стран свидетельствует о возможности внедрения специфических мер превенции, реализуемых непосредственно на железной дороге, в том числе с установкой систем ограничений доступа к поездам на станциях и открытых путях движения, логистического регулирования потоков пассажиров, видеоконтроля и тематической подготовкой персонала, транспортной полиции и других специалистов. Однако не все предлагаемые меры профилактики подтверждают свою эффективность. Снижение суицидальной смертности в России, безусловно, актуальная задача, и вопросы профилактики самоубийств на железных дорогах, требуют более глубокого изучения и включения в общую программу суицидальной превенции. Учитывая специфику темы, необходимо привлечение всех заинтересованных сторон, включая профильных специалистов по организации движения на железных дорогах, службы безопасности, логистики пассажиропотоков и транспортной полиции, а также медицинских работников (психиатры, судебные медики, травматологи) и др. Авторами делается вывод о том, что эффективная система профилактики возможна лишь при учёте особенностей всех факторов, имеющих отношение к суицидальной активности. Это требует системного анализа специфики работы железных дорог в России и ассоциированных с ними служб и ведомств, более глубокого изучения потенциальных суицидентов, стремящихся к железным дорогам, и погибающих на них. Опыт зарубежных стран может быть также использован и применён с учётом особенностей отечественной системы суицидальной превенции и организации работы железных дорог.

Ключевые слова: суицид, самоубийство, железная дорога

... Анна посмотрела в газетах расписание поездов. Вечером отходит в восемь часов две минуты. «Да, я поспею».

«... она не спускала глаз с колёс подходящего второго вагона. И ровно в ту минуту, как середина между колесами поравнялась с нею, она ... , вжав в плечи голову, упала под вагон»

Л. Толстой «Анна Каренина»

Железные дороги уже третье столетие являются неотъемлемой частью и символами экономического развития многих стран. С ними связаны исторические события и личности, создано много художественных и литературных образов, нередко известных во всём мире. Однако весь период развития железных дорог, помимо свидетельства достижений технического прогресса, сопровождался высокой степенью травматизма и гибели людей, в том числе по умышленным мотивам. Сегодня, как и все предыдущие годы, суицид на железнодорожном транспорте является актуальной проблемой, а разработка мер предупреждения этих случаев девиантного поведения, представляет одну из важнейших медико-социальных задач в общей системе суицидальной превенции [1].

Актуальность темы определяется отсутствием внятных ответов на многие вопросы, возникающих при изучении этой темы. Например, не вполне понятны причины, по которым люди предпочитают умирать посредством поезда, при достаточных средствах и доступности широкого спектра способов суицида в современном об-

... Anna looked for the train schedule in the newspapers. In the evening it leaves at eight oh two. "Yes, I'm getting it right."

"... She did not take her eyes off the wheels of a coming second carriage. And exactly at that moment, as the space between the wheels was right in front of her, she ..., pressing her head into her shoulders, fell under the carriage."

L. Tolstoy "Anna Karenina"

It has been for three centuries now that railways are an integral part and symbols of the economic development of many countries. Historical events and personalities are associated with them, many artistic and literary images have been created, often known all over the world. However, through the entire period of railways development, these evidence of the achievements of technical progress have been accompanied with a high degree of injury and death of people, including those for deliberate reasons. Today, like in all previous years, suicide on the railway is an urgent problem, and the development of measures to prevent these cases of deviant behavior is one of the most important medico-social tasks in the general system of suicide prevention [1].

The relevance of the topic is determined by the lack of comprehensible an-

ществе [2]. Чтобы сократить число самоубийств и попыток суицида по железной дороге, так же важно научиться принимать безопасные меры вмешательства. Однако очень мало известно о том, как идентифицировать человека, который, возможно, собирается совершить попытку самоубийства на железнодорожном вокзале, включая метро, подземные переходы, или на отдельных путях [3].

Целью настоящего исследования было описание основных характеристик суицидов, совершённых на железной дороге, на основе анализа данных литературы с привлечением собственного опыта.

Распространённость.

В России ежегодно на объектах железнодорожного транспорта травмируется около трёх тысяч человек, из них 5% – дети и подростки [4]; 65% пострадавших получают травмы не совместимые с жизнью и погибают [4, 5]. Среди основных причин травматизма указываются: хождение по железнодорожным путям / переход в неподходящем месте (до 90%), на пешеходном переходе (~10%), реже – попытка взобраться на платформу и спрыгнуть с неё, и др. [5]. Квалификация летального случая как реализованной попытки суицида проводится не всегда, так как даже в условиях посмертной психолого-психиатрической экспертизы для такого вывода собранных сведений может быть недостаточно, а за некоторыми «объективными» признаками добровольного выбора погибшего, могут скрываться умышленные действия других лиц, простая неосторожность или другая причина [6].

«... Аннушка уже пролила масло...» М. Буглаков «Мастер и Маргарита»

Ситуацию усугубляет и отметившийся в последние годы рост таких форм девиантного (рискованного) поведения как «зацепинг» и «руфинг», среди которых уровень травматизма и смертности очень высок [7].

Манит полая вода, манит земля с высоты и с церковной колокольни, манит под поезд и с поезда. Б. Пильняк «Смертельное манит»

Более пристальное внимание к случаям детской смертности позволяет более точно указать причину летального исхода, в том числе дифференцировать несчастный случай от преднамеренной смерти. Так, среди 127 детей и подростков, погибших в 2016 году на железнодорожном транспорте, доля зацеперов и руферов составила 35,4%, погибших от суицида – 19,7% [8]. Вместе с тем, учитывая особенности травматизма на железных дорогах, можно предположить, что и эти цифры требуют уточнения.

В зарубежных странах доля самоубийств в результате столкновения с поездом составляет от 0,7 до 12% всех суицидов, причём до 94% всех травм приводят к смерти [9, 10]. В Гонг-Конге доля железнодорожных суицидов

swers to many questions that arise when studying this topic. For example, the reasons why people prefer to die by train are not quite clear, given sufficient funds and the availability of a wide range of methods of suicide in modern society [2]. Learning how to take safe interventions is also important to reduce suicide and suicide attempts on the railroad. However, very little is known about how to identify a person who may be about to commit a suicide attempt at a railway station, including subways, underground passages, or on standing-out tracks [3].

The aim of this study is to describe the main characteristics of suicides committed on the railroad based on the analysis of literature data using our own experience.

Prevalence

In Russia, about three thousand people are injured annually at railway transport facilities, of which 5% are children and adolescents [4]; 65% of victims receive injuries incompatible with life and die [4, 5]. Among the main causes of injury are indicated: walking on railway tracks/crossing in the forbidden place (up to 90%), at a pedestrian crossing (~ 10%), less often – an attempt to climb onto a platform or jump off it, etc. [5]. The qualification of a lethal case as a realized suicide attempt is not always carried out, since even under the conditions of a mortal psychological and psychiatric examination, the collected information may not be enough for such a conclusion, and some "objective" signs of the voluntary choice of the deceased may hide the deliberate actions of other persons, simple negligence or other reason [6].

"... Annushka has already spilled the oil ..."

M. Buglakov "The Master and Margarita"

The situation is aggravated by the growth of such forms of deviant behavior as "hooking" and "roofing", noted in recent years, among which the level of injury and mortality is very high [7]. Closer attention to deaths of children allows for more precise identification of the cause of death, including differentiating an accident from an intentional death. Thus, among 127 children and adolescents who died in 2016 on the railroad, the share of hookers and roofers was 35.4%, and those who died from suicide constituted 19.7% [8]. At the same time, considering the peculiarities of railway injuries, it can be assumed that these figures also

от общего числа – 0,71% [9], Австралии – 2% [11], Англии и Уэльсе – в среднем – 4,1%, и за период с 2000 по 2013 год увеличилась с 3,5 до 4,9% [12], Бельгии – 5,3% [13]. В Германии и Нидерландах уровень суицидов на рельсовом транспорте ещё выше [14, 15]. Для сравнения – на Британских железных дорогах самоубийство совершается каждые 36 часов [2], в Германии – в среднем регистрируется 18 случаев в неделю [14].

Во многих странах регистрируемые показатели указывают на увеличение числа железнодорожного суицида [12, 13, 16], но отмечается, что официальное количество этого вида самоубийств может быть занижено [17]. Так, сравнение регистров выявило, что показатели самоубийств Европейской базы данных о смертности были значительно выше национальных данных по шести из пятнадцати стран Европы. В общей сложности статистика Европейской базы данных о смертности регистрирует на 34% больше самоубийств и на 9% больше железнодорожных смертей по сравнению с национальными статистическими базами некоторых стран (Италия, Франция) [18]. Так же указывается, что качество исследований по суицидам на железных дорогах сильно варьируется с частыми недостатками: отсутствие обоснования размера выборки, отсутствие информации о надёжности и валидности мер, отсутствие объяснения или теоретического понимания полученных результатов [19]. Тем не менее, показано, что около 60% всех железнодорожных смертельных случаев на железных дорогах Европейского союза являются самоубийствами [20].

Сегодня в Европе самоубийства составляют 1,4% от общего числа смертей [21], и доля погибающих на железных дорогах в целом невелика. Однако, смертность, которую можно предупредить, обязательно следует учитывать при разработке мер профилактики [1].

Пол и возраст. Среди погибших от суицида на рельсовом транспорте в 2-4 раза преобладают мужчины (соотношение М : Ж – 2-4 : 1) [11, 22, 23]. Чаще – это мужчины и женщины среднего возраста [12], средний возраст жертв – 42 года [24]. Но есть и различия. Так, в Германии женская подгруппа достоверно старше мужской [22]. В Швейцарии самоубийства на железной дороге у детей и подростков (до 19 лет, оба пола) занимают третье место после повешения и прыжков с высоты [25], и наиболее часты у девочек [26]. В Квинсленде (Австралия) – каждый третий погибший (36,6%) – в возрасте до 24 лет [11].

Социальные характеристики избравших такую форму суицида, в целом совпадают с общей группой суицидентов. Преобладают безработные, одинокие, неженатые, холостые, разведённые, с невысоким уровнем образования и доходов, и находящиеся под психиатрическим наблюдением [9, 27, 28].

require clarification.

In foreign countries, the proportion of suicides due to collision with a train ranges from 0.7 to 12% of the general suicide rate, with up to 94% of all injuries lead to death [9, 10]. In Hong Kong, the share of railway suicides of the total number is 0.71% [9], in Australia it is 2% [11], England and Wales have on average 4.1% of railway suicides, and during the period from 2000 to 2013 it increased from 3.5 to 4.9% [12], in Belgium it is 5.3% [13]. In Germany and the Netherlands, the suicide rate on rail transport is even higher [14, 15]. For comparison, on British Railways, suicide is committed every 36 hours [2], and in Germany an average of 18 cases per week are recorded [14].

In many countries, the recorded rates indicate an increase in the number of railroad suicides [12, 13, 16], but it is noted that the official number of this type of suicide may be underestimated [17]. Thus, a comparison of registers revealed that the suicide rates of the European mortality database were significantly higher than national data for six out of fifteen European countries. In total, the statistics of the European database on mortality registers 34% more suicides and 9% more railway deaths compared to the national statistical databases of some countries (Italy, France) [18]. It is also indicated that the quality of studies on railway suicides vary greatly and frequently have drawbacks: lack of justification for sample size, lack of information on the reliability and validity of measures, lack of explanation or theoretical understanding of the results obtained [19]. However, it has been shown that about 60% of all rail fatalities on European Union railways are suicides [20].

Today in Europe, suicides account for 1.4% of total deaths [21], and the share of those who died on railways is generally small. However, mortality that can be prevented must be considered when developing preventive measures [1].

Gender and age. Among the victims of railroad suicide, men prevail 2-4 times (the ratio of M: F is 2-4: 1) [11, 22, 23]. More often they are middle-aged men and women [12], with the mean age of victims being around 42 [24]. But there are also differences. Thus, in Germany, the female subgroup is significantly older than the male one [22]. In Switzerland, suicides on the railroad among children and adolescents (under 19 years of age, both sexes) rank third after

Психические нарушения – частый спутник предпочтительного выбора железной дороги для реализации суицидальных намерений. Индивидуально диагностированное психическое заболевание в 6 раз увеличивает такой исход [29].

При проведении постмортальной психолого - психиатрической экспертизы психиатрический диагноз подтверждается у 40,4-83% жертв самоубийства на рельсовом транспорте [10, 11, 24, 30]. Среди нарушений преобладают затяжные неаффективные психозы и аффективные расстройства с преобладанием депрессивной симптоматики. Большая часть погибших (53%) на момент трагедии получала психиатрическую помощь [31].

Оцениваемые риски указывают на то, что помимо основного диагноза предикторами железнодорожного суицида у этих лиц являются: смена лечащего врача (OR=22,86); суицидальные мысли (OR=7,92); отрицательный или неизменный терапевтический курс (OR=7,73; P<0,001), потребность в полифармакотерапии (OR=2,81) и безработица (OR=2,72). В отличие от других категорий суицидентов ни беспокойство, ни импульсивность не предвещают самоубийства этих пациентов [28].

Алкоголь у этой категории так же значим, как и в общей группе суицидентов, но выявляется реже – в 20-27% случаев [24, 32]. У молодых людей этот процент значительно выше – до 50% [11], у каждого третьего (36%) подтверждаются наркотики [24].

Суицидальное поведение.

Распространённость суицидальных мыслей, а также доля идей о предпочтительном выборе железной дороги для их реализации в популяции неизвестна.

Ревнивец Позднышев исповедуется случайному попутчику (а кому же ещё): «Страдания были так сильны, что, помню, мне пришла мысль, очень понравившаяся мне, выйти на путь, лечь на рельсы под вагон и кончить». *Л. Толстой «Крейцерова соната»*

Учитывая высокий процент ретроспективно выявляемых тяжелых психических нарушений у погибших под поездом, можно предположить, что суициденты с менее выраженными симптомами, но имеющими истинные намерения погибнуть, останавливают свой выбор на более доступных травматических способах, и типичных для данной популяции – повешение, самострел, падение с высоты или др. [33, 34, 35, 36].

Для погибших на железной дороге не характерна импульсивность [19]. Хотя недавно проведённый онлайн-опрос 353 респондентов, которые сообщали о намерении, а 23 из них о попытке самоубийства в поезде, показал, что треть из этих случаев были импульсивными [2]. Однако заявления о намерениях не всегда переходят в действие, и при встрече с железнодорожным транспортом в реальных условиях потенциальные суициденты

hanging and jumping from height [25], and is more frequent among girls [26]. In Queensland (Australia), every third person dying this way (36.6%) is under the age of 24 [11].

Social characteristics of those who chose this form of suicide, in general, coincide with the general group of suicide attempters. Unemployed, lonely, unmarried, single, divorced, with a low level of education and income, and those under psychiatric supervision prevail [9, 27, 28].

Mental disorders are a frequent companion of those whose preferred choice for implementing their suicidal intentions is the railway. An individually diagnosed mental illness increases this outcome by a factor of 6 [29].

During the postmortem psychological and psychiatric examination, the psychiatric diagnosis is confirmed in 40.4-83% of victims of railway suicide [10, 11, 24, 30]. Protracted non-affective psychoses and affective disorders with a predominance of depressive symptoms prevail among the disorders. Most of the victims (53%) were receiving psychiatric care at the time of the tragedy [31].

The assessed risks indicate that, in addition to the main diagnosis, the predictors of railroad suicide in these individuals are: change of the attending physician (OR = 22.86); suicidal thoughts (OR = 7.92); negative or unchanged therapeutic course (OR = 7.73; P <0.001), the need for polypharmaco-therapy (OR = 2.81) and unemployment (OR = 2.72). In contrast to other categories of suicide, neither anxiety nor impulsivity predict suicide in these patients [28].

Alcohol in this category is as significant as in the general group of suicide attempters, but it is detected less often – only in 20-27% of cases [24, 32]. In young people, this percentage is much higher and reaches up to 50% [11], every third (36%) confirms drugs [24].

Suicidal behavior.

The prevalence of suicidal thoughts, as well as the share of ideas about the preferred choice of the railroad for their implementation in the population, is unknown. Given the high percentage of retroactively detected severe mental disorders in those who died by falling under a train, it can be assumed that suicide attempters with less severe symptoms, but having true intentions to die, opt for more accessible traumatic methods, and typical for this population – hanging, fire-

циденты могут отказаться от подобного способа решения вопроса. Ретроспективный анализ свидетельствует о том, что при наличии истинных суицидальных намерений, люди обычно продумывают свой маршрут, целенаправленно идут на железную дорогу, чтобы покончить с собой [19].

«Туда! – говорила она себе, глядя в тень вагона, на смешанный с углем песок, которым были засыпаны шпалы, – туда, на самую середину, и я накажу его и избавлюсь от всех и от себя». Л. Толстой «*Анна Каренина*»

Для многих характерно неоднократное посещение будущего места суицида, демонстрирование различных проявлений рискованного поведения в непосредственной близости к подвижному составу и условиях угрозы жизни.

... «Вот тут я и лягу», – подумал Павел, вглядываясь в невидимые рельсы. Он уже целую неделю ходил сюда и присматривался, и тут нравилось ему, так как все – и воздух и могильная тишина говорили о смерти и приближали к ней. ... Каждую весну, вот уже три года, он думал о смерти, а в эту весну решил, что умереть пора. Он ни в кого не был влюблен, у него не было никакого горя, и ему очень хотелось жить, но все в мире казалось ему ненужным, бессмысленным и оттого противным до отвращения, до брезгливых судорог в лице. Л. Андреев «*Весной*»¹

В качестве таких форм выступают: прыжки с платформы станции на рельсы, лежание на рельсах, блуждание по ним или вблизи железнодорожного полотна, стояние на пути перед приближающимся поездом или на краю платформы, к которой приближается поезд / метро, позволяя поезду проходить мимо. Часто эти формы поведения повторяются, чередуются или следуют друг за другом, нередко с повышением степени витальной угрозы [3, 32, 37].

По описанию сотрудников железной дороги, транспортной полиции, которые были свидетелями подобного поведения и самоубийств, среди других предшествующих поведенческих паттернов имеют место: оставление личных вещей на станции, избегание зрительного контакта, беспорядочные жесты, мимика или движение, бесцельное блуждание, необычность одежды [32]. Знание этих особенностей поведения может быть использовано заинтересованными сторонами, включая поставщиков железнодорожных услуг, транспортную полицию и другие организации, занимающиеся предотвращением самоубийств [3].

В настоящее время мало известно о том, почему выбирается железнодорожное самоубийство, но исследования выживших показывают о доминировании среди них представлений о немедленной, верной и безболезненной смерти [19], при общей лёгкой доступности к железнодорожным сетям, как средству суицида, практически в любое время суток и сезона («всегда в наличии»), а так-

arms, fall from a height, etc. [33, 34, 35, 36].

Impulsiveness is reported as not typical for those killed on the railroad [19]. However, a recent online survey of 353 respondents who reported their intent to commit suicide on the railway, and 23 of them even attempted it, showed that a third of these cases were impulsive [2]. Nevertheless, statements of intent do not always translate into action, and when seeing railway transport in real life, potential suicide attempters may refuse this method of realizing their plans. A retrospective analysis suggests that in the presence of true suicidal intentions, people usually think over their route, purposefully go to the railroad in order to commit suicide [19].

"There! – she said to herself, looking down into the shadow of the carriage, at the sand mixed with coal that was covering all the railway sleepers – right there, in the very middle, and I will punish him and get rid of everyone and myself."

L. Tolstoy "Anna Karenina"

For many suicide attempters it is typical to repeatedly visit the future place of suicide, demonstrating various manifestations of risky behavior in the immediate vicinity of the rolling stock and under life-threatening conditions. For example they may jump from the station platform to the rails, lie on the rails, wander along them or near the railway bed, stand on the railway right in front of an approaching train or on the edge of the platform with a train/subway train approaching, allowing the train to pass past. Often these forms of behavior are repeated, alternate or follow each other, often with an increase in the degree of vital threat [3, 32, 37].

According to the description of employees of the railway, transport police, who witnessed such behavior and suicides, among other behavioral patterns there are: leaving personal belongings at the station, avoiding eye contact, irregular gestures, facial expressions or movement, aimless wandering, unusual clothes [32]. Knowledge of these behaviors can be used by the interested parties, including rail service providers, transport police and suicide prevention organizations [3].

At present, little is known about why railroad suicide is chosen, but studies of survivors show they are mostly dominated by the idea of immediate, certain and pain-

¹Писатель разнообразно, но «неудачно» пытался покончить с собой, а его товарищ, попав под его мрачное обаяние, погиб под поездом.

же желание избежать вмешательства со стороны других и возможности повлиять на успешность покушения [2]. Среди других причин – привлечение внимания СМИ и достижения определённой степени известности, в случае гибели при столкновении с поездом.

Предсмертные записки в некоторой степени могут отражать характер суицидального поведения, в том числе избранный способ. Частота сообщений об оставленных записках в случае гибели на железнодорожном транспорте невелика – до 15% [38], что возможно ниже, чем в общей когорте суицидентов – от 19 до 45,8% [39, 40, 41]. Относительная редкость посланий, оставляемых при суициде на железной дороге, не даёт возможности привести более точных характеристик. Для сравнения, среди общей массы суицидентов записки чаще оставляют лица с отсутствием диагностированных психических заболеваний, наличием долгов, высоким уровнем образования, отсутствием предыдущих попыток самоубийства и использованием методов суицида, требующих подготовки, а также желанием скрыть (!) информацию о самоубийстве. В последние годы каждое четвёртое (25,7%) послание оформляется в электронной форме, которое чаще положительно связано с наличием психического расстройства. Вероятность оставить бумажную предсмертную записку отрицательно связана с историей поступления в психиатрическое отделение, но увеличивается с возрастом погибших [41]. Многие из указанных факторов, согласуются с отмеченными выше общими характеристиками добровольно погибающих на рельсовом транспорте.

Суицидальные попытки не столь часто регистрируются при совершении суицидальных действий на железных дорогах, что может быть обусловлено высокой степенью травматизма и летальности избранного способа [11, 19]. Случаи выживания могут быть связаны с объективно «удачным» стечением обстоятельств, когда степень травматического повреждения оказалась минимальной и суицидент случайно остался жив. Другой вариант – «прерванная» попытка, при вмешательстве других лиц, сумевших вовремя предотвратить трагедию.

И вот, только что паровозные огни поравнялись с компанией, она вдруг шепчет на ухо прапорщику: «Вы всё говорите, что любите меня. А ведь, если я вам прикажу – вы, наверно, под поезд не броситесь». А он, ни слова не ответив, бегом – и под поезд. Он-то, говорят, верно рассчитал, как раз между передними и задними колесами: так бы его аккуратно пополам и перерезало. Но какой-то идиот вздумал его удерживать и отталкивать. Да не осилил. Прапорщик, как уцепился руками за рельсы, так ему обе кисти и оттяпало ... Стал попрошайкой... замерз где-то на пристани в Петербурге. А. Куприн «Гранатовый браслет»

Возможен и вполне «естественный» отказ от падения под поезд по внезапно изменившимся личным мотивам

less death [19], with the general easy accessibility to rail networks, as a means of suicide, in almost any time of day and season ("always available"), as well as the desire to avoid interference from others and the ability to influence the success of the assassination attempt [2]. Other reasons include attracting media attention and achieving a certain degree of publicity in the event of death in a collision with a train.

Suicide notes may to some extent reflect the nature of suicidal behavior, including the chosen method. The frequency of messages about abandoned notes in case of deaths on the railway transport is low and is under 15% [38], which is possibly lower than in the general cohort of suicides where it ranges from 19 to 45.8% [39, 40, 41]. The relative rarity of the messages left at the railway suicide does not make it possible to run a more accurate analysis. For example, among the general mass of suicides, notes are more often left by persons with no diagnosed mental illness, having debts, a high level of education, with no previous suicide attempts, with the use of suicide methods that require preparation, as well as a desire to hide (!) the information about suicide. In recent years, every fourth (25.7%) message has been issued electronically, which is more often positively associated with the presence of a mental disorder. The likelihood of leaving a paper suicide note is negatively related to the history of admission to the psychiatric department, but it increases with the age of the dead [41]. Many of these factors are consistent with the general characteristics noted above for those voluntarily dying on rail transport.

Suicide attempts are not so often recorded when committing suicidal acts on the railways, which may be due to the high degree of injury and lethality of the chosen method [11, 19]. Survival cases may be associated with an objectively "successful" coincidence of circumstances, when the degree of traumatic injury was minimal, and the suicide attempter survived accidentally. Another option is an "interrupted" attempt, with the intervention of other persons who managed to prevent the tragedy in time. A completely "natural" refusal to fall under a train for suddenly changing personal motives when entering a situation of threat of persons initially disposed to suicide (for example, was afraid of an approaching train, the presence of other people, etc.) [42]. It is clear

вам при вхождении в ситуацию угрозы лиц, изначально настроенных на суицид (например, испугался приближающегося поезда, присутствия других людей и т.д.) [42].

Впившись пальцами в сырые бревна, он наполовину сдвинулся с них и вытянул ногу, касаясь носком земли. И поза его была такая, как у человека, который хочет сделать быстрый и решительный прыжок, и когда свет фонаря упал на его глаза, они были расширены и в них был ужас. Медленно, как больной или усталый, прошёл мимо Павла слабо освещённый паровоз, а за ним, как тени, потянулись вагоны, грузно постукивая и колыхаясь. И чувствовалось, как тяжела их угрюмая масса и как беспощадно дробили бы они тело, попавшее под колеса. *Л. Андреев «Весной»*

Понятно, что случаи прерванных и остановленных попыток при отсутствии повреждений и травм регистрируются лишь в единичных случаях и редко попадают в статистические отчёты. И это, на наш взгляд, помимо имеющихся сложностей организации учёта суицидальных действий в целом [43], может неточно отражать реальное количество покушений на сведение счётов с жизнью с помощью железнодорожного транспорта.

В Германии лишь 9,4% переживает суицидальное событие на железной дороге, а соотношение летальных суицидов и попыток составляет 9,6 : 1 [23], что совершенно противоположно показателям в общей когорте суицидентов, где по данным на 1 суицид приходится 10-20 покушений (соотношение 1 : 10-20) [1]. Подобная тенденция прослеживается и в других странах, где доля выживших суицидентов при столкновении с подвижным составом так же невелика [11, 19, 24].

Суицид с летальным исходом наиболее точно отражает итог покушений на собственную жизнь. В эту категорию наиболее часто входят столкновения с локомотивом при нахождении суицидента непосредственно на рельсовом пути, падения под колёса подвижного состава со стороны обочины, падение под приближающийся поезд с платформы станции, падение между вагонами движущегося состава и др. Реже – прыжки непосредственно с поезда (из окна, двери, подножки, крыши).

Характер попадания под подвижной состав нередко определяется скоростью его движения и близостью платформы станции. Падение со стороны насыпи чаще наблюдается при прохождении нескоростных поездов, когда человек имеет возможность упасть и попасть в проём между колёсами, и не будет отброшен воздушным потоком. Подобные ситуации так же возможны и при малодвижущемся составе при его формировании в условиях депо. Так, в практике одного из авторов настоящего обзора был опыт участия в экспертном разборе случая самоубийства на железной дороге. На глазах у стоявших на пригородной остановке людей, вышедшая из автобуса женщина, направилась в сторону располагавшихся в 30-

that interrupted and stopped attempts in the absence of injuries and traumas are recorded only in isolated cases and rarely get into statistical reports. And this, in our opinion, in addition to the existing difficulties in organizing the registration of suicidal actions in general [43], may inaccurately reflect the real number of attempts to commit suicide using railway transport.

In Germany, only 9.4% survive after a suicidal event on the railroad, and the ratio of fatal suicides to attempts is 9.6:1 [23], which is completely opposite to the rates in the general cohort of suicides, where, according to the data, there are 10-20 attempts for 1 completed suicide (ratio is 1:10-20) [1]. A similar trend can be traced in other countries, where the proportion of surviving suicide attempters in collisions with rolling stock is also small [11, 19, 24].

The *completed suicide* most accurately reflects the outcome of taking one's own life. This category most often includes collisions with a locomotive when a suicide attempter stands directly on the railway track, or falls under the wheels of a rolling stock from the side of the road, or falls under an approaching train from a station platform, or falls between cars of a moving train, etc. Less often they jump off from a train (from the window, door, steps, roof).

The nature of falling under the rolling stock is often determined by the speed it moves and the proximity of the station platform. A fall from the side of a mound is more often observed when low-speed trains are passing, when a person has a chance to fall and get into the gap between the wheels and will not be thrown away by the air flow. Similar situations are also possible with a slow-moving train during its formation in a depot. For example, one of the authors of this review had practical experience of taking part in an expert analysis of a suicide case on a railroad. In front of the people standing at the suburban bus stop, a woman got off the bus and headed towards railway tracks located 30-40 meters away, where the freight train was being formed. The chain of cars and platforms with minor stops moved in one direction or the other. The woman, approaching the rail, knelt down, put a cross on herself, and, removing her kerchief, put her head on the rails under the slowly approaching wheels. Not showing a reaction to the cries of people from the stop, who became unwilling witnesses to this suddenly

40 метрах железнодорожных путей, где выполнялось формирование товарного состава. Цепь вагонов и платформ с незначительными остановками двигалась, то в одну, то в другую сторону. Женщина, подойдя к линии, опустилась на колени, перекрестилась, и, сняв косынку, положила голову на рельсы под медленно приближающиеся колёса. Не проявив реакции на призывные крики людей с остановки, ставших невольными свидетелями этой внезапно разыгрывающейся трагедии, в следующий момент она погибла. Как выяснилось в последующем при экспертной оценке, женщина в этот день получила сообщение о гибели в боевых действиях единственного сына – солдата-срочника.

Возможны и многие другие варианты. Например, описан случай самоубийства, когда жертва лежала вдоль железнодорожного полотна в положении лежа на спине и с вытянутыми конечностями. Колеса поезда вызвали продольную полусекцию с полным потрошением [44].

«Более не видали её живою, так как она в этот вечер бросилась под поезд, и поезд пополам перерезал её». Л. Андреев «Молчание»

Большинство самоубийств происходит на открытом пути, треть (36%) – на железнодорожных платформах [14]. При попытках доля реализованных в условиях станции немного выше – 43% [45]. Среди жертв, спрыгнувших с платформ, 70% выбирают видное место [32], что вполне обосновывает вывод о желании, по крайней мере, некоторых из них, привлечь внимание. Наиболее значимыми факторами риска летального исхода являются: открытый путь (OR=2,95; 95% Ди: 2,36-2,67) и магистральная железнодорожная линия (по сравнению с местной железнодорожной линией: OR=2,29; 95% Ди: 1,43-3,68) [23].

Нередко прослеживается и повременное распределение суицидов, в отдельных странах связь со световым днём. Так, в Германии наибольшее число случаев добровольной смерти на железной дороге регистрируется по понедельникам и вторникам, чаще между шестью часами утра и полуднем, а также между шестью часами вечера и полночью [20]. В Стокгольме самоубийства не распределяются равномерно в течение дня, но, как правило, происходят чаще в будние дни. Не наблюдается и сезонности [46]. В Японии 43% суицидальных действий регистрируется ночью (с 18⁰⁰ до 05⁵⁹) [45]. Исследования, проводимые в этой стране, так же указывают на меньшее количество солнечного света в течение 7 дней, предшествующее попыткам самоубийства на железной дороге [47]. Интересно, что в качестве средства превентивной меры было предложено дополнительное световое воздействие (синий или яркий белый свет) в поездах, особенно когда прогнозируются последовательные дни без солнечного света [47]. Согласно данным [48] введе-

unfolding tragedy, she died the next moment. As it turned out later, during an expert assessment, the woman received a message on that day about the death of her only son, a conscript soldier, in combat operations.

Many other options are also possible. For example, a case of suicide was described with the victim lying along a railway track in a supine position and with outstretched limbs. The wheels of the train caused a lateral half-section with full gutting [44].

Most suicides occur on the open track, a third (36%) happens on railway platforms [14]. When attempting suicide, the share of those realized in the station conditions is slightly higher and reaches 43% [45]. Among the victims who jumped off the platforms, 70% choose a conspicuous place [32], which fully justifies the conclusion that at least some of them want to attract attention. The most significant risk factors for death are: open track (OR = 2.95; 95% Di: 2.36-2.67) and main railway line (compared to local railway line OR = 2.29; 95% Di: 1.43-3.68) [23].

The time-based distribution of suicides is often traced, in some countries there is a connection with daylight hours. For example, in Germany, the largest number of cases of voluntary death on the railroad is recorded on Mondays and Tuesdays, more often between 6 am and noon, and between 6 pm and midnight [20]. In Stockholm, suicides are not evenly distributed throughout the day, but tend to occur more frequently on weekdays. Seasonality is not observed either [46]. In Japan, 43% of suicidal acts are recorded at night (from 18:00 to 05:59) [45]. Studies in this country also indicate less sunlight during the 7 days preceding suicide attempts on the railroad [47]. Interestingly, additional light exposure (blue or bright white light) on trains has been suggested as a preventive measure, especially when consecutive days without sunlight are predicted [47]. According to [48], the introduction of blue lights reduced the number of suicides by 74% at stations, but other studies did not confirm these results, and it was concluded that the installation of blue lights on platforms in preventing railway suicides had a much smaller effect than was previously thought [45].

Specific risk factors directly related to the railway, its operating conditions, location, etc. include:

1. Living in an area with railroad tracks

ние синих огней уменьшило число самоубийств на 74% на станциях, но другие исследования не подтвердили эти результаты, и был сделан вывод, что установка синих огней на платформах в предотвращении железнодорожных самоубийств оказала гораздо меньшее воздействие, чем предполагалось ранее [45].

Специфические факторы риска, связанные непосредственно с железной дорогой, условиями её функционирования, расположения и др. включают:

1. Проживание в районе с наличием железнодорожных путей (OR=1,8), в пределах города (OR=3,2) и с более высоким общим уровнем самоубийств (OR=1,02) [29].

2. Высокая плотность (OR=1,49) и интенсивность (OR=1,20) пассажирских перевозок [15, 27, 49].

3. Бóльшее число железнодорожных станций (OR=1,30) [17].

4. Доступность к железнодорожным путям, узлам и проходящим поездам [15, 26, 50].

5. Близость железных дорог к психиатрическим учреждениям [40].

Выделение этих факторов риска позволило сформулировать понятие «горячих точек» [51] – отдельных мест и/или участков железной дороги с наиболее высокими показателями и вероятностью самоубийств. Количество точек, территориальные характеристики и участвующих в их формировании факторов может отличаться. В Бельгии выделено 34 горячих точки, на долю которых приходится 35% случаев суицида, в основном во Фландрии [13]. В Германии – 16 мест, 75% которых находятся в непосредственной близости от психиатрических больниц [14], Австрии – 15 точек (17% всех железнодорожных самоубийств) [52], Австралии (штат Виктория) – 3 (35% суицидов) [53].

Как правило, территории этих точек небольшие. Например, в Австрии все 15 мест составляют лишь 0,9% от общей протяжённости пути. В Германии «горячие точки» включают небольшие участки с количеством совершаемых на них самоубийств от 6 до 29 в год [14]. Выделение этих мест является важным условием для понимания факторов риска, действующих в конкретной территории и участке дороги, что позволяет более точно определить необходимые меры профилактики.

Обобщённый портрет суицидента.

Привлекая данные обзора, можно получить общий портрет человека, совершающего суицидальные действия на железной дороге.

Как правило, это мужчина, 40 лет, одинокий, длительное время страдает прогрессирующим психическим заболеванием, по поводу которого получает психотропную терапию и находится под систематическим наблюдением врача. Место проживания – город, с достаточ-

(OR=1.8), within a city (OR=3.2) with a higher overall suicide rate (OR=1.02) [29].

2. High density (OR = 1.49) and intensity (OR=1.20) of passenger traffic [15, 27, 49].

3. Higher number of railway stations (OR = 1.30) [17].

4. Accessibility to railway tracks, junctions and passing trains [15, 26, 50].

5. The proximity of railways to psychiatric institutions [40].

The isolation of these risk factors allowed us to formulate the concept of “hot spots” [51] – individual places and / or sections of the railway with the highest rates and probability of suicide. The number of spots, their territorial characteristics and factors involved in their formation may differ. In Belgium, 34 hot spots have been identified, accounting for 35% of suicide cases, mainly in Flanders [13]. In Germany there are 16 places, 75% of which are in close proximity to psychiatric hospitals [14], Austria -has 15 points (17% of all railroad suicides) [52], Australia (Victoria) has 3 (35% of suicides) [53].

As a rule, the areas of these spots are small. For example, in Austria all 15 spots make up only 0.9% of the total length of the route. In Germany, “hot spots” include small areas with 6 to 29 suicides per year [14]. Highlighting these places is an important condition for understanding the risk factors operating in a specific area and section of the road, which makes it possible to determine the necessary preventive measures more accurately.

Generalized portrait of a suicide attempter.

Using the survey data, one can get a general portrait of a person committing suicidal acts on the railroad.

As a rule, this is a man, 40 years old, single, suffering from a progressive mental illness for a long time, for which he receives psychotropic therapy and is under the systematic supervision of a doctor. He resides in a city with a sufficient presence of railway transport, underground, which he uses regularly, including for visiting a hospital. Suicidal behavior is formed in conditions of mental illness along with insufficient effectiveness of its treatment and a decrease in the level of social and material well-being. He sometimes abuses alcohol. With suicidal reasons, he periodically wanders along the rails and the surrounding area, visits railway

ным присутствием железнодорожного транспорта, метро, которыми пользуется регулярно, в том числе для посещения стационара. Суицидальное поведение формируется в условиях психического заболевания на фоне недостаточной эффективности лечения, снижения уровня социального и материального благополучия. Иногда прибегает к злоупотреблению алкоголем. По суицидальным мотивам периодически блуждает по рельсам и прилегающей территории, посещая железнодорожные станции оценивает варианты суицида. Реализацию покушения на фоне ухудшения психического состояния, усиления депрессивной симптоматики и низкого комплаенса с терапевтом, осуществляет путём падения на рельсы перед движущимся поездом вне железнодорожной станции.

Этот портрет, конечно, упрощён, возможно, достаточно типичен, но скорее отражает образ человека, живущего и погибающего на железных дорогах в странах Европы. С определённой долей уверенности можно утверждать, что значительная часть отмеченных в портрете черт, не характерна для российского суицидента, избравшего подобный путь. Вместе с тем, отсутствие научных исследований в этом направлении и недостаточного количества публикаций, в настоящее время не позволяет сформировать хотя бы приблизительный аналогичный отечественный вариант. Как и полтора столетия назад, сегодня у многих он ассоциируется с молодой, красивой и умной женщиной, но не нашедшей другого выхода из сложившейся жизненной ситуации, чем падение под поезд. Как итог, это ограничивает и возможности эффективной профилактики данного способа индивидуального суицида.

Меры профилактики самоубийств на железной дороге, помимо общих, включают специфические, преимущественно направленные на факторы риска, выявляемые в «горячих точках» [19, 54]. Среди них можно выделить:

1. Ограничение доступа к железнодорожному полотну путём установки физических барьеров: системы ям, ограждений [10, 51].

2. Установка на станциях платформенных сетчатых и/или раздвижных дверей для ограничения доступа к путям [10, 30]. Введение только таких ограничений позволило снизить число самоубийств в Гонг-Конге на 59,9% [9], Японии – на 76% [55], Южной Кореи – на 89% [56], Китае – на 90,9% [57]. Было отмечено значительное снижение числа самоубийств, совершаемых больными с психозами [9].

Значение имеет высота заграждений, так как отдельные пассажиры могут перелезть через них [55]. Если полномерные двери могли бы устранить самоубийства, полностью предотвращая вход пассажиров в зону пути, то полувысотные, высотой 1,5 м и 1,2 м, ме-

stations and evaluates suicide options. The suicide attempt takes place with a deterioration of his mental state, increased depressive symptoms and low compliance with the therapist and is carried out by falling onto the rails in front of a moving train outside the railway station.

This portrait is, of course, simplified, and perhaps quite typical, but it generally reflects the image of a person living and dying on the railways in Europe. With a certain degree of certainty, it can be argued that a significant part of the features noted in the portrait are not typical of a Russian suicide attempter who has chosen this method. At the same time, the lack of scientific research in this direction and a sufficient number of publications currently does not allow to formulate at least an approximate similar national version. Like a century and a half ago, today many people associate such suicide attempter with a young, beautiful and intelligent woman, who has not found another way out of the current life situation than falling under a train. As a result, this also limits the possibilities of effective prevention of this method of individual suicide.

Suicide prevention measures on the railway would include both besides general measures for suicide prevention and specific ones, mostly aimed at risk factors identified in "hot spots" [19, 54], among which are:

1. Restricting access to the railroad track by installing physical barriers: pit systems, fences [10, 51].

2. Installation of reticulated and/or sliding doors at platform stations to restrict access to tracks [10, 30]. Only introducing such restrictions made it possible to reduce the number of suicides in Hong Kong by 59.9% [9], in Japan by 76% [55], in South Korea by 89% [56], in China by 90.9% [57]. There has been a significant decrease in the number of suicides committed by patients with psychosis [9].

The height of the barriers matters, as individual passengers can climb over them [55]. While full-length doors could eliminate suicides, completely preventing passengers from entering the track zone, half-high doors, 1.5 m and 1.2 m high, are less effective and reduce the number of suicides by 79.2% and 60.2%, respectively [57].

3. Increasing the quantity and quality of video surveillance systems at railway stations only slightly reduces the risk of suicide [17], but this is a means of increasing the

нее эффективны и снижают число самоубийств на 79,2% и 60,2% соответственно [57].

3. Увеличение количества и качества систем видеонаблюдения на железнодорожных станциях лишь незначительно снижают риска суицида [17], но это является средством повышения вероятности вмешательства третьей стороны (путём наблюдения и обучения персонала) [51]. Видеонаблюдение, особенно с функцией записи происходящего вполне возможно использовать и с целью идентификации рискованного поведения (прыжки с платформы на рельсы, блуждание по ним или вблизи железнодорожного полотна, стояние на пути перед приближающимся поездом и др.), а также идентификации личности для последующей профилактической работы.

4. Подготовка персонала, включая сотрудников железной дороги, полиции и других участников, обеспечивающих безопасность и работу транспортной системы. В конечном итоге это повышает вероятность выявления лиц, представляющих группу риска, обеспечивает возможность своевременного вмешательства и предупреждения суицида [51, 58].

5. Поощрение обращения за помощью (путём размещения на станциях и прилегающих территориях вывесок и телефонов, оформленных в доступной и наглядной формах) [51].

6. Поощрение ответственного освещения самоубийств в средствах массовой информации (СМИ) посредством руководящих принципов для журналистов [51].

СМИ рассматривается как один из наиболее важных внешних факторов, способных оказывать влияние на уровень самоубийств в популяции. Репортажи о суицидах имеют связь с последующей реакцией населения, вектор которой зависит от характера публикации. Среди информационных элементов, отражаемых в СМИ, и имеющих наиболее сильное влияние на повышение уровня самоубийств являются: утверждение о неизбежности самоубийства, акценте на способе суицида, жизни самоубийцы, записках [59]. Привлечение внимания к железным дорогам как к средству суицида, наблюдаются даже в случаях сообщения в СМИ о железнодорожных авариях с гибелью людей [60, 61]. Поэтому журналисты, СМИ и организации должны тщательно изучать конкретное содержание сообщений перед их публикацией [59].

«... вспомнив о раздавленном человеке в день её первой встречи с Вронским, она поняла, что ей надо делать». Л. Толстой «Анна Каренина»

Безответственные сообщения СМИ о железнодорожных самоубийствах могут увеличить их частоту и повышать риск суицида на железной дороге [19, 62], в том числе по механизму подражания [17]. Так, после

likelihood of third-party intervention (through observation and training of personnel) [51]. Video surveillance, especially with recording function of what is happening, is quite possible to be used with the aim of identifying risky behavior (jumping from a platform to rails, wandering along them or near a railway track, standing on the way in front of an approaching train, etc.), as well as identifying a person for subsequent preventive work.

4. Training of personnel, including employees of the railway, police and other participants, to ensure the safety and operation of the transport system. Ultimately, this increases the likelihood of identifying persons representing a risk group, provides an opportunity for timely intervention and prevention of suicide [51, 58].

5. Encouraging to seek help (by placing signs and telephones at stations and adjacent territories in an accessible and visual form) [51].

6. Encouraging responsible media coverage of suicide through guidelines for journalists [51].

The *media* is seen as one of the most important external factors that can influence the suicide rate in the population. Suicide reports are linked to the subsequent reaction of the population, the vector of which depends on the nature of the publication. Among the informational elements reflected in the media, and having the strongest influence on the increase in the level of suicide, are: the statement about the inevitability of suicide, an emphasis on the method of suicide, the life of a suicide attempter, notes [59]. Drawing attention to railways as a means of suicide is observed even in cases of media reports of train accidents with the death of people [60, 61]. Therefore, journalists, the media and organizations should carefully study the specific content of messages before publishing them [59] are:

"... remembering the man crushed on the day of her first meeting with Vronsky, she realized what she had to do"

L. Tolstoy "Anna Karenina"

Irresponsible media reports about railroad suicides can increase their frequency and increase the risk of suicide on the railroad [19, 62], including through imitation [17]. For example, after the railway suicide of the goalkeeper of the German national team R. Enke in 2009 widely discussed in the media, the country saw a significant in-

широко обсуждаемого в СМИ железнодорожного самоубийства вратаря сборной Германии R. Enke в 2009 году, в стране наблюдался значительный рост суицидов [63]. По сравнению с предыдущими тремя годами количество подражательных самоубийств на железной дороге в первом квартале 2010 года увеличилось на 81% [64], и сохранялось повышенным в среднем на 18,8% в последующий двухлетний период [64]. Юбилейного эффекта не было отмечено, но рост числа смертельных железнодорожных самоубийств в период с 2007 по 2010 год (25%) существенно отличался от общего числа самоубийств в Германии (6,6%) [65].

С другой стороны, при правильно расставленных акцентах сообщения в СМИ могут иметь и положительные эффекты, прежде всего направленных на поощрение к обращению за помощью [59, 60]. Этот аспект может иметь большое значение не только для выживших после суицида, но и других вовлечённых в эту трагическую ситуацию (семья, друзья, машинисты поездов, свидетели инцидента), а также сотрудников железнодорожной сети и широкой общественности [2, 10, 62, 63].

Заключение.

Самоубийства на железных дорогах – сложная и малоизученная сфера частной суицидологии. Единичные, периодически появляющиеся сообщения не позволяют оценить масштаб проблемы в нашей стране, выделить факторы и группы риска, и, как следствие, определить эффективные меры индивидуальной профилактики.

Опыт отдельных стран свидетельствует о возможности внедрения специфических мер превенции, реализуемых непосредственно на железной дороге, в том числе с установкой систем ограничений доступа к поездам на станциях и открытых путях движения, логистического регулирования потоков пассажиров, видеоконтроля и тематической подготовкой персонала, транспортной полиции и других специалистов. Однако не все предлагаемые меры профилактики подтверждают свою эффективность [45, 66].

Снижение суицидальной смертности в России, безусловно, актуальная задача, и вопросы профилактики самоубийств на железных дорогах, требуют более глубокого изучения и включения в общую программу суицидальной превенции. Учитывая специфику темы, необходимо привлечение всех заинтересованных сторон, включая профильных специалистов по организации движения на железных дорогах, службы безопасности, логистики пассажиропотоков и транспортной полиции, а также медицинских работников (психиатры, судебные медики, травматологи) и др.

Эффективная система профилактики возможна лишь при учёте особенностей всех факторов, имеющих отношение к суицидальной активности. Это требует систем-

crease in suicides [64]. Compared to the previous three years, the number of imitative suicides on the railways in the first quarter of 2010 increased by 81% [64], and remained on average 18.8% higher in the next two years [64]. No jubilee effect was noted, but the increase in the number of fatal railroad suicides between 2007 and 2010 (25%) was significantly different from the total number of suicides in Germany (6.6%) [65].

On the other hand, with the right coverage, media messages can also have positive effects, primarily aimed at encouraging people to seek help [59]. This aspect can be of great importance not only for survivors of a suicide, but also for others involved in this tragic situation (family, friends, train drivers, incident witnesses), as well as employees of the railway network and the general public [2, 10, 62, 63].

Conclusion.

Railroad suicide is a complex and poorly studied area of suicidology. Single, periodically appearing messages do not allow us to assess the scale of the problem in our country, to identify the factors and risk groups, and, as a result, to determine effective individual prevention measures.

The experience of individual countries indicates the possibility of introducing specific preventive measures implemented directly on railway stations, including the installation of systems for limiting access to trains at stations and open traffic routes, logistic regulation of passenger flows, video monitoring and thematic training of personnel, transport police and other specialists. However, not all of the proposed preventive measures prove to be effective [45, 66].

Reducing suicidal mortality in Russia is certainly an urgent task, and issues of suicide prevention on the railways require deeper study and inclusion in the general program of suicide prevention. Considering the specifics of the topic, it is necessary to involve all interested parties, including functional specialists in the organization of traffic on the railways, security services, passenger traffic logistics and transport police, as well as medical workers (psychiatrists, forensic doctors, traumatologists), etc.

An effective prevention system is possible only when the characteristics of all factors related to suicidal activity are taken into account. This requires a systematic analysis of the specifics of the work of railways in Russia and the services and depart-

ного анализа специфики работы железных дорог в России и ассоциированных с ними служб и ведомств, более глубоко изучения потенциальных суицидентов, стремящихся к железным дорогам, и погибающих на них. Опыт зарубежных стран может быть также использован и применён с учётом особенностей отечественной системы суицидальной превенции и организации работы железных дорог.

Литература / References:

1. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив, ВОЗ, 2014. [Preventing suicide: a Global imperative, the WHO, 2014.] (In Russ)
2. Marzano L., Mackenzie J.M., Kruger I., Borrill J., Fields B. Factors deterring and prompting the decision to attempt suicide on the railway networks: findings from 353 online surveys and 34 semi-structured interviews. *Br J Psychiatry*. 2019 Feb 6; 1-6. DOI: 10.1192/bjp.2018.303
3. Mackenzie J.M., Borrill J., Hawkins E., Fields B., Kruger I., Noonan I., Marzano L. Behaviours preceding suicides at railway and underground locations: a multimethodological qualitative approach. *BMJ Open*. 2018 Apr 10; 8 (4): e021076. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-021076
4. Фотина А.Г., Бадзюк И.Л. Анализ причин и последствий травматизма и чрезвычайных ситуаций на железной дороге. В кн.: Актуальные вопросы транспортной безопасности. Материалы Всероссийской научно – практической конференции. 2018. С. 93-95. [Fotina A.G., Bajuk I.L. Analysis of the causes and consequences of accidents and emergency situations on the railroad. In: Current issues of transport security. Materials of the All-Russian scientific and practical Conference. 2018. S. 93-95.] (In Russ)
5. Механтьева Л.Е., Лещева М.Ю., Набродов Г.М. Особенности железнодорожного травматизма. *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2017; 20 (1): 63-69. [Mehantjeva L.E., Lescheva M.Y., Nabrodov G.M. Features of railway injuries. *Applied information aspects of medicine*. 2017; 20 (1): 63-69.] (In Russ)
6. Михайлова Н.Ю., Голенков А.В. Анализ посмертных комплексных судебных психолого - психиатрических экспертиз, связанных с самоубийствами. *Девиянтология*. 2020; 4 (2): 46-53. [Mikhaylova N.Yu., Golenkov A.V. Analysis of post-mortem forensic psychological and psychiatric examinations related to suicide. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (2): 46-53. DOI: 10.32878/devi.20-4-02(7)-46-53] (In Russ)
7. Евсикова Е.В. «Зацепинг», «Спайсы» и «Синий кит» – Глобальные угрозы современной молодежи в контексте усовершенствования административно-правовых и уголовно-правовых основ борьбы с ними. *Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского Юридические науки*. 2017; 3 (69-4): 72–87. [Evsikova E.V. "Zatseping", "Spices" and "Blue whale" - Global threats to modern youth in the context of improving the administrative-legal and criminal-legal foundations of combating them. *Scientific notes of the Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky Legal Sciences*. 2017; 3 (69-4): 72–87.] (In Russ)
8. Набродов Г.М., Лещева М.Ю. Детский железнодорожный травматизм как одна из медико - социальных проблем современного общества. В сборнике: Молодежь – практическому здравоохранению. Материалы XII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых-медиков. 2018. С. 690-693. [Nabrodov G.M., Lescheva M.Yu. Children's railway traumatism as one of the medical and social problems of modern society. In the collection: Youth – practical health care. Materials of the XII International Scientific and Practical Conference of Students and Young Medical Scientists. 2018. P. 690-693.] (In Russ)
9. Law C.K., Yip P.S., Chan W.S., Fu K.W., Wong P.W., Law Y.W. Evaluating the effectiveness of barrier installation for preventing railway suicides in Hong Kong. *J Affect Disord*. 2009 Apr; 114 (1-3): 254-262. DOI: 10.1016/j.jad.2008.07.021
10. Krysinska K., De Leo D. Suicide on railway networks: epidemiology, risk factors and prevention. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008 Sep; 42 (9): 763-771. DOI: 10.1080/00048670802277255
11. De Leo D., Krysinska K. Suicidal behaviour by train collision in Queensland, 1990-2004. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008 Sep; 42 (9): 772-779. DOI: 10.1080/00048670802277263
12. Taylor A.K., Knipe D.W., Thomas K.H. Railway suicide in England and Wales 2000-2013: a time-trends analysis. *BMC Public Health*. 2016 Mar 15; 16: 270. DOI: 10.1186/s12889-016-2944-x
13. Andriessen K., Krysinska K. Railway suicide in Belgium 1998-2009: incidence and prevention. *Crisis*. 2012 Jan 1; 33 (1): 39-45. DOI: 10.1027/0227-5910/a000105
14. Erazo N., Baumert J., Ladwig K.H. Regional and local clusters of railway suicides. *Nervenarzt*. 2004 Nov; 75 (11): 1099-1106. DOI: 10.1007/s00115-004-1703-x
15. van Houwelingen C., Baumert J., Kerkhof A., Beersma D., Ladwig K.H. Train suicide mortality and availability of trains: a tale of two countries. *Psychiatry Res*. 2013 Oct 30; 209 (3): 466-470. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.12.026
16. Ganz D., Sher L. Adolescent suicide in New York City: plenty of room for new research. *Int J Adolesc Med Health*. 2012; 24 (2): 99-104. DOI: 10.1515/ijamh.2012.015
17. Too L.S., Spittal M.J., Bugeja L., Milner A., Stevenson M., McClure R. An investigation of neighborhood-level social, economic and physical factors for railway suicide in Victoria, Australia. *J Affect Disord*. 2015 Sep 1; 183: 142-148. doi: 10.1016/j.jad.2015.05.006
18. Reynders A., Scheerder G., Van Audenhove C. The reliability of suicide rates: an analysis of railway suicides from two sources in fifteen European countries. *J Affect Disord*. 2011 Jun; 131 (1-3): 120-127. DOI: 10.1016/j.jad.2010.11.003
19. Mishara B.L., Bardou C. Systematic review of research on railway and urban transit system suicides. *J Affect Disord*. 2016 Mar 15; 193: 215-226. DOI: 10.1016/j.jad.2015.12.042
20. Lukaschek K., Baumert J., Erazo N., Ladwig K.H. Stable time patterns of railway suicides in Germany: comparative analysis of 7,187 cases across two observation periods (1995-1998; 2005-2008). *BMC Public Health*. 2014 Feb 6; 14: 124. DOI: 10.1186/1471-2458-14-124
21. Pompili M., O'Connor R.C., van Heeringen K. Suicide Prevention in the European Region. *Crisis*. 2020 Mar; 41 (Suppl 1): S8-S20. DOI: 10.1027/0227-5910/a000665
22. Erazo N., Baumert J., Ladwig K.H. Sex-specific time patterns of suicidal acts on the German railway system. An analysis of 4003 cases. *J Affect Disord*. 2004 Nov 15; 83 (1): 1-9. DOI: 10.1016/j.jad.2004.04.012
23. Erazo N., Baumert J.J., Ladwig K.H. Factors associated with failed and completed railway suicides. *J Affect Disord*. 2005 Oct; 88 (2): 137-143. DOI: 10.1016/j.jad.2005.06.008
24. Beskow J., Thorson J., Oström M. National suicide prevention programme and railway suicide. *Soc Sci Med*. 1994 Feb; 38 (3): 447-451. DOI: 10.1016/0277-9536(94)90446-4
25. Hepp U., Stulz N., Unger-Köppel J., Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Feb; 21 (2): 67-73. DOI: 10.1007/s00787-011-0232-y
26. Steck N., Egger M., Schimmelmann B.G., Kupferschmid S. Suicide in adolescents: findings from the Swiss National cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Jan; 27 (1): 47-56. DOI: 10.1007/s00787-017-1019-6
27. Too L.S., Bugeja L., Milner A., McClure R., Spittal M. Predictors of using trains as a suicide method: Findings from Victoria, Australia. *J Psychiatry Res*. 2017 Jul; 253: 233-239. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.03.057

28. Lukaschek K., Baumert J., Krawitz M., Erazo N., Förstl H., Ladwig K.H. Determinants of completed railway suicides by psychiatric in-patients: case-control study. *Br J Psychiatry*. 2014 Nov; 205 (5): 398-406. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.139352
29. Too L.S., Spittal M.J., Bugeja L., McClure R., Milner A. Individual and community factors for railway suicide: a matched case-control study in Victoria, Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Jun; 51 (6): 849-856. DOI: 10.1007/s00127-016-1212-9
30. Martin S., Rawala M. Suicide patterns on the London Underground railway system, 2000-2010. *B J Psych Bull*. 2017 Oct; 41 (5): 275-280. DOI: 10.1192/pb.bp.115.052050
31. van Houwelingen C.A., Kerkhof A.J., Beersma D.G. Train suicides in The Netherlands. *J Affect Disord*. 2010 Dec; 127 (1-3): 281-286. DOI: 10.1016/j.jad.2010.06.005
32. Lukaschek K., Baumert J., Ladwig K.H. Behaviour patterns preceding a railway suicide: explorative study of German Federal Police officers' experiences. *BMC Public Health*. 2011 Aug 4; 11: 620. DOI: 10.1186/1471-2458-11-620
33. Topp T., Lefering R., Mueller T., Ruchholtz S., Patzer T., Kühne C.A. Trauma Register der DGU [Suicide in old age: the underestimated risk. An analysis of 1,894 patients in the Trauma Registry of the German Trauma Society]. *Unfallchirurg*. 2013 Apr; 116 (4): 332-337. DOI: 10.1007/s00113-011-2109-4
34. Зотов П.Б., Бузик О.Ж., Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П. Способы завершённых суицидов: сравнительный аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 3 (100): 62-66. [Zotov P.B., Buzik O.Zh., Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P. Methods of completed suicides: a comparative aspect. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2018; 3 (100): 62-66.] [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-3\(100\)-62-66](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-3(100)-62-66) (In Russ)
35. Riddell C.A., Harper S., Cerdá M., Kaufman J.S. Comparison of rates of firearm and nonfirearm homicide and suicide in black and white non-Hispanic Men, by U.S. State. *Ann Intern Med*. 2018 May 15; 168 (10): 712-720. DOI: 10.7326/M17-2976.
36. Raifman J., Sampson L., Galea S. Suicide fatalities in the US compared to Canada: Potential suicides averted with lower firearm ownership in the US. *PLoS One*. 2020 Apr 30; 15 (4): e0232252. DOI: 10.1371/journal.pone.0232252
37. Gregor S., Beavan G., Culbert A., Kan John P., Ngo N.V., Keating B., Sun R., Radwan I. Patterns of pre-crash behaviour in railway suicides and the effect of corridor fencing: a natural experiment in New South Wales. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2019 Dec; 26 (4): 423-430. DOI: 10.1080/17457300.2019.1660376
38. O'Donnell I., Farmer R., Catalan J. Suicide notes. *Br J Psychiatry*. 1993 Jul; 163: 45-48. DOI: 10.1192/bjp.163.1.45
39. Li F., Lu X., Yip P.S.F. A Study of the Characteristics of Suicide Notes in China. *Crisis*. 2020 Jan; 41 (1): 32-38. DOI: 10.1027/0227-5910/a000601
40. Cheung G., Merry S., Sundram F. Late-life suicide: Insight on motives and contributors derived from suicide notes. *J Affect Disord*. 2015 Oct 1; 185: 17-23. DOI: 10.1016/j.jad.2015.06.035
41. Eynan R., Shah R., Heisel M.J., Eden D., Jhirad R., Links P.S. Last Words: Are There Differences in Psychosocial and Clinical Antecedents Among Suicide Decedents Who Leave E-Notes, Paper Notes, or No Note? *Suicide Life Threat Behav*. 2019 Oct; 49(5): 1379-1394. DOI: 10.1111/sltb.12514
42. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Розанов В.А., Рахимкулова А.С. Суицидальные попытки: клинические характеристики с позиций суицидального процесса. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 101-119. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Rozanov V.A., Rakhimkulova A.S. Suicidal attempts: clinical characteristics from the position of suicidal process. *Suicidology*. 2020; 11 (3): 101-119. [doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03\(40\)-101-119](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-101-119)] (In Russ)
43. Зотов П.Б., Уманский С.М., Уманский М.С. Необходимость и сложности суицидологического учета. *Академический журнал Западной Сибири*. 2010; 4: 48-49. [Zotov P.B., Umansky S.M., Umansky M.S. The necessity and complexity of suicidal accounting. *Academic Journal of Western Siberia*. 2010; 4: 48-49.] (In Russ)
44. Romero Palanco J.L., Gamero Lucas J.J., Vizcaya Rojas M.A., Arufe Martínez M.I. An unusual case of railway suicide. *J Forensic Sci*. 1999 Mar; 44 (2): 444-446.
45. Ichikawa M., Inada H., Kumeji M. Reconsidering the effects of blue-light installation for prevention of railway suicides. *J Affect Disord*. 2014 Jan; 152-154: 183-185. DOI: 10.1016/j.jad.2013.09.006
46. Ceccato V., Uittenbogaard A. Suicides in commuting railway systems: The case of Stockholm county, Sweden. *J Affect Disord*. 2016 Jul 1; 198: 206-221. DOI: 10.1016/j.jad.2016.02.051
47. Kadotani H., Nagai Y., Sozu T. Railway suicide attempts are associated with amount of sunlight in recent days. *J Affect Disord*. 2014 Jan; 152-154: 162-168. DOI: 10.1016/j.jad.2013.08.040
48. Matsubayashi T., Sawada Y., Ueda M. Does the installation of blue lights on train platforms prevent suicide? A before-and-after observational study from Japan. *J Affect Disord*. 2013 May; 147 (1-3): 385-388. DOI: 10.1016/j.jad.2012.08.018
49. Strale M., Krysinska K., Van Overmeiren G., Andriessen K. Suicide on the Railways in Belgium: A Typology of Locations and Potential for Prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Sep 21; 15 (10): 2074. DOI: 10.3390/ijerph15102074
50. Niederkrotenthaler T., Sonneck G., Dervic K., Nader I.W., Voracek M., Kapusta N.D., Etzersdorfer E., Mittendorfer-Rutz E., Dorner T. Predictors of suicide and suicide attempt in subway stations: a population-based ecological study. *J Urban Health*. 2012 Apr; 89 (2): 339-353. DOI: 10.1007/s11524-011-9656-4
51. Cox G.R., Owens C., Robinson J., Nicholas A., Lockley A., Williamson M., Cheung Y.T., Pirkis J. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013 Mar 9; 13: 214. DOI: 10.1186/1471-2458-13-214
52. Strauss M.J., Klimek P., Sonneck G., Niederkrotenthaler T. Suicides on the Austrian railway network: hotspot analysis and effect of proximity to psychiatric institutions. *R Soc Open Sci*. 2017 Mar 8; 4 (3): 160711. DOI: 10.1098/rsos.160711
53. Too L.S., Pirkis J., Milner A., Bugeja L., Spittal M. Railway suicide clusters: how common are they and what predicts them? *J. Inj Prev*. 2017 Oct; 23 (5): 328-333. DOI: 10.1136/injuryprev-2016-042029
54. Bardon C., Mishara B.L. Development of a comprehensive programme to prevent and reduce the negative impact of railway fatalities, injuries and close calls on railway employees. *J Occup Rehabil*. 2015 Sep; 25 (3): 557-568. DOI: 10.1007/s10926-014-9562-1
55. Ueda M., Sawada Y., Matsubayashi T. The effectiveness of installing physical barriers for preventing railway suicides and accidents: evidence from Japan. *J Affect Disord*. 2015 Jun 1; 178: 1-4. DOI: 10.1016/j.jad.2015.02.017
56. Chung Y.W., Kang S.J., Matsubayashi T., Sawada Y., Ueda M. The effectiveness of platform screen doors for the prevention of subway suicides in South Korea. *J Affect Disord*. 2016 Apr; 194: 80-83. DOI: 10.1016/j.jad.2016.01.026
57. Xing Y., Lu J., Chen S. Evaluating the effectiveness of platform screen doors for preventing metro suicides in China. *J Affect Disord*. 2019 Jun 15; 253: 63-68. DOI: 10.1016/j.jad.2019.04.014
58. Debbaut K., Krysinska K., Andriessen K. Characteristics of suicide hotspots on the Belgian railway network. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2014; 21 (3): 274-277. DOI: 10.1080/17457300.2013.825630
59. Sinyor M., Schaffer A., Nishikawa Y., Redelmeier D.A., Niederkrotenthaler T., Sareen J., Levitt A.J., Kiss A., Pirkis J. The association between suicide deaths and putatively harmful and protective factors in media reports. *CMAJ*. 2018 Jul 30; 190 (30): E900-E907. DOI: 10.1503/cmaj.170698
60. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ. *Суицидология*. 2012; 4: 10-22. [Lyubov E.B. Mass Media and copycat suicidal behavior: Part II. Preventing suicide: a resource for media professionals. *Suicidology*. 2012; 4: 10-22.] (In Russ)
61. Kunrath S., Baumert J., Ladwig K.H. Increasing railway suicide acts after media coverage of a fatal railway accident? An ecological study of 747 suicidal acts. *J Epidemiol Community Health*. 2011 Sep; 65 (9): 825-828. DOI: 10.1136/jech.2009.098293
62. Too L.S., Milner A., Bugeja L., McClure R. The socio-environmental determinants of railway suicide: a systematic review. *BMC Public Health*. 2014 Jan 10; 14: 20. DOI: 10.1186/1471-2458-14-20
63. Koburger N., Mergl R., Rummel-Kluge C, Ibelshäuser A., Meise U., Postuvan V., Roskar S., Székely A., Ditta Tóth M., van der Feltz-Cornelis C., Hegerl U. Celebrity suicide on the railway network: Can one case trigger international effects? *J Affect Disord*. 2015 Oct 1; 185: 38-46. DOI: 10.1016/j.jad.2015.06.037

64. Ladwig K.H., Kunrath S., Lukaschek K., Baumert J. The railway suicide death of a famous German football player: impact on the subsequent frequency of railway suicide acts in Germany. *J Affect Disord.* 2012 Jan; 136 (1-2): 194-198. DOI: 10.1016/j.jad.2011.09.044
65. Hegerl U., Koburger N., Rummel-Kluge C., Gravert C., Walden M., Mergl R. One followed by many? - Long-term effects of a celebrity suicide on the number of suicidal acts on the German railway net. *J Affect Disord.* 2013 Mar 20; 146 (1): 39-44. DOI: 10.1016/j.jad.2012.08.032
66. Havârneanu G.M., Burkhardt J.M., Paran F. A systematic review of the literature on safety measures to prevent railway suicides and trespassing accidents. *Anal Prev.* 2015; 81: 30-50. DOI: 10.1016/j.aap.2015.04.012

RAILWAY SUICIDE

P.B. Zotov¹, E.B. Lyubov²,
E.G. Skryabin^{1,3}, M.A. Akselrov^{1,3},
E.P. Garagasheva¹, A.G. Buhna¹

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru
²Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru
³Regional clinical hospital № 2, Tyumen, Russia; skryabineg@mail.ru

Abstract:

Railroad suicide is a complex and poorly studied area of suicidology. This review shows that in Russia, single, periodically appearing messages do not allow to assess the scale of the problem in the country in general, to identify factors and risk groups, and, therefore, to determine effective individual prevention measures. The experience of individual countries indicates the possibility of introducing specific preventive measures implemented directly on the railway, for example, installing systems for restricting access to trains at stations and open paths, logistic regulation of passenger flows, video monitoring and thematic training of personnel, transport police and other specialists. However, not all of the proposed preventive measures prove their effectiveness. Reducing suicidal mortality in Russia is undoubtedly an urgent task, and the issues of suicide prevention on the railways require deeper study and need to be included in the general program of suicide prevention. Considering the specifics of the topic, it is necessary to involve all interested parties, including functional specialists in the organization of traffic on the railways, security services, services for logistics of passenger traffic and transport police, as well as medical workers (psychiatrists, forensic doctors, traumatologists), etc. The authors conclude that an effective system of prevention is possible only when the characteristics of all factors related to suicidal activity are taken into account. This requires a systematic analysis of the specifics of the work of railways in Russia and the services and departments associated with them, a deeper study of potential suicide attempters interested in railways and dying there. The experience of foreign countries can also be used and applied, with the peculiarities of the domestic system of suicide prevention and the organization of the work of railways being considered.

Keywords: suicide, railroad, railway suicide, suicide on the railways

Вклад авторов:

П.Б. Зотов: разработка дизайна исследования, описание клинических наблюдений, написание и редактирование текста рукописи;
Е.Б. Любов: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;
Е.Г. Скрябин: обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;
М.А. Аксельров: обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;
Е.П. Гарагашева: обзор публикаций по теме статьи, перевод текста;
А.Г. Бухна: обзор публикаций по теме статьи.

Authors' contributions:

P.B. Zotov: developing the research design, description of clinical observations, article writing, article editing;
E.B. Lyubov: reviewing of publications, article writing, article editing;
E.G. Skryabin: reviewing of publications of the article's theme, article writing;
M.A. Akselrov: reviewing of publications of the article's theme, article writing;
E.P. Garagasheva: reviewing of publications of the article's theme, the translation of the text;
A.G. Buhna: reviewing of publications of the article's theme.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 06.10.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 20.12.2020.

Для цитирования: Зотов П.Б., Любов Е.Б., Скрябин Е.Г., Аксельров М.А., Гарагашева Е.П., Бухна А.Г. Суицид на железных дорогах. *Суицидология.* 2020; 11 (4): 91-106. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-91-106

For citation: Zotov P.B., Lyubov E.B., Skryabin E.G., Akselrov M.A., Garagasheva E.P., Buhna A.G. Railway suicide. *Suicidology.* 2020; 11 (4): 91-106. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-91-106 (In Russ)

НЕСИСТЕМАТИЧЕСКОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ: ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЮНОШЕЙ

А.В. Меринов, К.В. Полкова, О.В. Казаева

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия
ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Рязань, Россия

NON-SYSTEMATIC USE OF NARCOTIC SUBSTANCES: ITS INFLUENCE ON THE SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS OF YOUNG MALES

A.V. Merinov, K.V. Polkova, O.V. Kazaeva

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Информация об авторах:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Полкова Ксения Владимировна (SPIN-код: 1149-3624; Researcher ID: W-4794-2019; ORCID iD: 0000-0002-4292-6544). Место учёбы и работы: клинический ординатор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольная, 9; врач ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Стройкова, 85. Телефон: +7 (915) 590-65-41, электронный адрес: polkovaksu@gmail.com

Казаева Ольга Викторовна – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 5362-5040; ORCID iD: 0000-0003-1630-6437; Researcher ID: Y-8228-2018). Место работы и должность: доцент кафедры профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены, эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольная, 9. Телефон: +7 (4912) 46-08-03, электронный адрес: ovkazaeva@gmail.com

Information about the authors:

Merinov Alexey Vladimirovich – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltная str. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

Polkova Xenia Vladimirovna (SPIN-code: 1149-3624; Researcher ID: W-4794-2019; ORCID iD: 0000-0002-4292-6544). Place of study: clinical resident of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltная str. Phone: +7 (915) 590-65-41, email: polkovaksu@gmail.com

Kazaeva Olga Viktorovna – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 5362-5040; Researcher ID: Y-8228-2018; ORCID iD: 0000-0003-1630-6437). Place of work and position: Associate Professor of the Department of specialized hygienic disciplines with a course of hygiene, epidemiology and the organization of the Sanitary and Epidemiological Service Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltная str. Phone: +7 (4912) 46-08-03, email: ovkazaeva@gmail.com

Факт употребления наркотических средств ассоциирован с неблагоприятными последствиями, включая аутоагрессивное поведение, в том числе суицидальное. Множество работ описывают случаи парасуицидов и самоубийств в состоянии наркотического опьянения. Связь в таких случаях оценивалась с точки зрения именно сформированной наркотической зависимости. В последнее время стали говорить о разграничении, с клинической точки зрения, злоупотребления наркотиками и наркотической зависимости. Возникает вопрос: стоит ли рассматривать несистематическое потребление наркотических веществ, как значимый индикатор для суицидологов? Цель исследования: выявить возможное влияние эпизодического употребления наркотических веществ на суицидологические характеристики юношей. Материалы и методы: обследованы 133 юноши-студента от 18 до 22-х лет. Критерий включения в исследуемую группу – наличие несистематического потребления наркотических средств различных химических групп в анамнезе; в контрольную соответственно – отсутствие факта употребления. Критерий исключения – признаки сформированной наркотической зависимости. В 34,6% наблюдений (n=46) у юношей выявлен факт несистематического употребления наркотиков. Контрольную группу составили 87 юношей. В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем. Математическую обработку данных проводили с помощью программ SPSS-Statistics. Результаты: Суицидальные попытки в анамнезе встречались чаще в группе юношей, имеющих опыт несистематического употребления наркотиче-

ских средств (10,87% против 2,29%). Суицидальные мысли отметили 17,39% респондентов исследуемой группы, в контрольной группе процент составил лишь 3,44 % (разница более чем в 5 раз). Эти данные отражают связь донозологического потребления наркотических веществ и суицидальной аутоагрессии в группе юношей. Можно предположить, что даже несистематическое потребление ПАВ, может рассматриваться как фактор риска суицидального поведения. Юноши, имеющие опыт несистематического потребления наркотических средств, оказались более склонны к неоправданному риску (32,61% против 14,94% в контрольной группе), что сочетается с наличием у них опасных для жизни хобби (45,65%). 71,73% респондентов исследуемой группы отметили у себя способность легко нарушить общепринятые принципы морали и нравственности. Периоды сниженного настроения (43,48%) и переживания собственной вины (34,78%) достоверно чаще в исследуемой группе. Выводы: Несистематическое потребление наркотических веществ юношами, вероятно, значимо повышает риск аутоагрессивного поведения, в том числе суицидального. Связь донозологических форм потребления психоактивных веществ и аутоагрессивного поведения, является важной для построения профилактических схем в отношении затрагиваемого контингента, а также – создания эффективных скрининговых комплексов оценки риска суицидального поведения.

Ключевые слова: суицидология, несистематическое употребление наркотиков, аутоагрессия, суицидальное поведение, аутоагрессивное поведение, донозологические формы потребления ПАВ

Употребление наркотических веществ традиционно ассоциировано с рядом крайне неблагоприятных медико-социальных последствий, включая аутоагрессивное, в том числе, суицидальное, поведение [1-3], а также другими проблемами психики (преимущественно аффективного характера), представляющих непосредственный интерес для суицидологической службы [4].

В отличие от алкогольной зависимости, наркотическая чаще встречается среди молодых людей трудоспособного возраста, преимущественно мужчин. Наиболее ощутимы эти отличия в возрасте 20-39 лет (разница до семи раз в пользу наркотической зависимости) [5, 6], что представляет несомненный интерес для суицидологов, учитывая существующие возрастные характеристики лиц с различными видами саморазрушающего поведения [7]. Тем более, в последние годы появляется всё больше работ постулирующих наличие связи между парасуицидами, завершёнными суицидами и состоянием наркотического опьянения [8-10]. Подчеркнём, что указанная связь оценивалась именно у юношей с сформированной наркотической зависимостью. Однако в последнее время появляется всё больше указаний, что с клинических позиции важно различать следствия именно наркотической зависимости и злоупотребления наркотическими веществами. Логично, что лица несистематически употребляющие наркотические вещества, далеко не всегда становятся зависимыми [11]. Достаточно большое количество молодых людей «пробует» наркотические вещества, что носит лишь эпизодический характер, у этой группы людей нет сформировавшихся признаков наркотической зависимости (F1x.2, F1x.1), что часто «выводит» их из зоны активности наркологической службы. Подобное употребление – обнаруживается скорее на приёмах у психотерапевтов, психологов, при скрининговых обследованиях, а также – близкими подростка. Основной общепризнанной опасностью в этом случае – является страх трансформации таких проб в наркотическую зависимость, что вполне понятно и оправдано, но может ли подобное потребление является значимым индикатором для суицидологов?

The use of narcotic substances is traditionally closely associated with a number of extremely unfavorable medical and social consequences, including auto-aggressive, as well as suicidal, behavior [1-3], as well as other mental problems (mainly of an affective nature) that are of direct interest to suicidal service [4].

Unlike alcohol addiction, drug addiction is more common among young people of working age, mostly men. These differences are most noticeable at the age of 20-39 (the difference is up to seven times more for drug addiction) [5, 6], which is of undoubted interest for suicidologists, given the existing age characteristics of persons with various types of self-destructive behavior [7]. Moreover, in recent years, more and more works have been postulating the connection between parasuicides, completed suicides and the state of drug intoxication [8-10]. Let us emphasize that this connection was assessed precisely in young men with formed drug addiction. However, lately there have been more and more indications that it is important to distinguish from a clinical point of view between the consequences of drug addiction and drug abuse. It is logical that people who do not systematically use drugs do not always become addicted [11]. A fairly large number of young people "try out" narcotic substances, which is only episodic, this group of people does not have formed signs of drug addiction (F1x.2, F1x.1), which often "takes" them out of the zone activity of the narcological service. Such use is more likely to be identified at meetings with psychotherapists, psychologists, during screening examinations, as well as by relatives of a teenager. The main generally recognized danger in this case is the fear of transformation of such trying out acts into drug addiction, which is quite understandable and justified. But can such drug use be a significant indicator for suicidologists?

Considering the fact that more and more

Учитывая тот факт, что всё чаще как мотив начала употребления обозначается как: «плохое настроение», «одиночество», «тревога», «безысходность», «буллинг», «учебный стресс», «конфликты с родителями и сверстниками», а это уже состояния, имеющие непосредственное отношение к суицидологии, возникает логичный вопрос – имеется ли связь именно несистематического приёма ПАВ с повышенным риском совершения аутоагрессивных актов? Это становится особенно актуальным в свете того, что влечение к психоактивным веществам многими авторами начинает рассматриваться именно в плоскости антивитальной активности [12, 13].

Таким образом, приходится констатировать, что в настоящее время мало внимания уделяется изучению связи несистематического употребления наркотических веществ и аутоагрессивного поведения. В нашем понимании, наркологическая донология – важный момент в отношении формирования последующей аутоагрессивной траектории, что демонстрируют наши предыдущие публикации [14, 15]. Нам представляется, что своевременная диагностическая и профилактическая работа у лиц, эпизодически потребляющих наркотические вещества, может снизить их возможную аутоагрессивную активность.

Цель исследования: выявить возможное влияние эпизодического употребления наркотических веществ на суицидологические характеристики юношей.

Задачи: установить связь несистематического употребления наркотиков и паттернов аутоагрессивного поведения и предикторов такового.

Материалы и методы.

Для решения поставленных задач были обследованы 133 юноши от 18 до 22-х лет. Основанием для включения в первую группу служило наличие несистематического потребления наркотических средств различных химических групп в анамнезе (юноши, имеющие опыт несистематического употребления наркотиков – ЮнНарк+); в контрольную соответственно – отсутствие факта употребления (ЮнНарк-). Критерием исключения являлись признаки сформированной наркотической зависимости.

В 34,6% наблюдений (n=46) у юношей было выявлено несистематическое употребление наркотиков. Контрольную группу составили соответственно 87 юношей. Средний возраст в исследуемой группе составил $20,7 \pm 1,4$ лет, в контрольной – $20,1 \pm 1,2$ лет.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [16]. Также использовались «Тест диагностики психологических защитных механизмов» (Life Style Index) [17], опросник родительских предписаний [18], а также методика Mini-Mult [19].

Статистический анализ и обработка данных была произведена посредством непараметрических статистических методов математической статистики с ис-

often the motive for starting to use is postulated as: "bad mood", "loneliness", "anxiety", "hopelessness", "bullying", "educational stress", "conflicts with parents and peers", and these conditions are directly related to suicidology, a logical question arises – is there a connection between non-systematic use of psychoactive substances and an increased risk of committing auto-aggressive acts? This becomes especially relevant in light of the fact that the attraction to psychoactive substances by many authors is beginning to be considered from the point of view of antivital activity [12, 13].

Thus, we have to admit that currently little attention is paid to the study of the relationship between unsystematic drug use and auto-aggressive behavior. In our understanding, narcological prenosology is an important point in relation to the formation of the subsequent autoaggressive trajectory, which is demonstrated by our previous publications [14, 15]. It seems to us that timely diagnostics and preventive work with people who occasionally consume narcotic substances can reduce their possible auto-aggressive activity.

Aim of the study is to identify the possible influence of episodic drug use on the suicidological characteristics of young men.

Our objective is to establish a connection between non-systematic drug use and patterns of auto-aggressive behavior and its predictors.

Materials and methods.

To achieve the set objective, 133 young men aged 18 to 22 were examined. The basis for inclusion in the first group was the presence of non-systematic drug use of various chemical groups in the anamnesis (young men with experience of non-systematic drug use are marked as MaleDurgs+); in the control, respectively it is the absence of the fact of use (MaleDurgs-). The exclusion criterion was the signs of formed drug addiction.

Unsystematic drug use was revealed in 34.6% of observations (46 males). The control group consisted of 87 males, respectively. The average age in the study group of young men was 20.7 ± 1.4 years, in the control group it was 20.1 ± 1.2 years.

A questionnaire of auto-aggressive patterns and their predictors in the past and present was used as a diagnostic tool [16]. We also used the Life Style Index [17], the parental prescription questionnaire [18], and the Mini-Mult technique [19].

Statistical analysis and data processing were performed using nonparametric statistical methods of mathematical statistics using χ^2 , as well as χ^2 with Yates' correction. The odds ratio (OR) was used to quantitatively describe the closeness of the relationship between features in the studied groups. The OR value of

пользованием χ^2 , а также χ^2 с поправкой Йетса. Для количественного описания тесноты связи признаков в исследуемых группах было использовано отношение шансов (ОШ). Значение ОШ более единицы говорило о положительной корреляции между исследуемой группой и выявленными признаками. Описание статистических данных для непараметрических критериев продемонстрировано в виде n (%) (абсолютное количество признака в группе и его процентное отношение к общему количеству членов группы). Границы доверительного интервала (ДИ) для отношения шансов указаны в виде нижней (НГДИ) и верхней границы (ВГДИ). Если границы доверительного интервала не включали единицу, результаты считались статистически значимыми.

Математическую обработку данных проводили с помощью программ SPSS-Statistics. Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

В отношении «классических» форм аутоагрессивного поведения, обнаружены статистически значимые отличия, представленные в таблице 1.

В группе юношей, имеющих опыт несистематического употребления наркотических веществ, количество суицидальных попыток в анамнезе составило – 10,87%, в контрольной группе – 2,29% ($p=0,035$). Интересно даже не сама статистически значимая разница, что, само по себе, представляет несомненный интерес для суицидологической практики. Важно, что обнаруженные значения в исследуемой группе – в несколько раз выше среднестатистических показателей в рассматриваемой возрастной группе, что отражает высокий суицидальный потенциал изучаемой группы.

Суицидальные мысли отметили 17,39% респондентов исследуемой группы, в контрольной же группе их наличие отметили лишь 3,44% обследованных (в пять раз больше, чем в интересующей нас группе). Это также подчеркивает присутствие несомненной связи донозологического потребления наркотических веществ и суицидальной аутоагрессии у юношей. Исходя из этого, можно предположить, что не только сформированная наркотическая зависимость имеет отчетливую связь с высокой суицидальной активностью [20], но и несистематическое употребление ПАВ.

more than one indicated a positive correlation between the study group and the revealed signs. The description of statistical data for nonparametric criteria is shown in the form n (%) (the absolute number of a feature in the group and its percentage to the total number of group members). The limits of the confidence interval (CI) for the odds ratio are indicated as the lower (LBCI) and upper boundary (UBCI). If the boundaries of the confidence interval did not include a unit, the results were considered statistically significant.

Mathematical data processing was performed using the SPSS-Statistics software. The null hypothesis of the similarity of the two groups in terms of the assessed attribute was rejected at a significance level of $p < 0.05$.

Results and its discussion.

In relation to the "classic" forms of auto-aggressive behavior, statistically significant differences were found and presented in Table 1.

In the group of young men with unsystematic use experience of narcotic substances, the number of suicidal attempts in history was 10.87%, while in the control group it was 2.29% ($p=0.035$). It is not even the statistically significant difference itself is interesting, which, of course, is of undoubted interest for suicidological practice. What else is important is that the detected values in the study group are several times higher than the average statistical indicators in the considered age group, which reflects the high suicidal potential of the studied group. Suicidal thoughts were noted by 17.39% of the respondents in the study group, while in the control group they were registered in only 3.44% of those surveyed (five times more than in our group of interest). This also emphasizes the presence of an undeniable connection between prenosological drug use and suicidal autoaggression in young men. Based on this, it can be assumed that not only the formed drug addiction has a clear connection to high suicidal activity [20], but also the unsystematic use of psychoactive substances.

Таблица 1 / Table 1

Представленность суицидальных паттернов аутоагрессивного поведения в группах юношей
Representation of suicidal patterns of autoaggressive behavior in groups of young men

В анамнезе Anamnesis	ЮнНарк+ MaleDrugs+ n=78		ЮнНарк- MaleDrugs- n=87		χ^2	p	ОШ OR	НГДИ LBCI	ВГДИ UBCI
	n	%	n	%					
Суицидальные попытки Suicide attempts	5	10,87	2	2,29	4,43	0,035	5,18	1,48	23,45
Суицидальные мысли Suicide ideation	8	17,39	3	3,44	7,71	0,005	5,89	1,49	23,46

И оно должно настораживать специалистов в отношении значительного риска суицидального поведения. К сожалению, нам отлично известно, что несистематический характер потребления ПАВ, часто подразумевает невключённость его в зону ответственности наркологической службы, и тем более – суицидологической [14]. Подчеркнём, что более трети суицидальных попыток были так или иначе связаны с состоянием наркотического и алкогольного опьянения (или их сочетания), и были окрашены негативными эмоциональными переживаниями, зачастую – предшествующими употреблению наркотических препаратов. Это лишний раз подчёркивает частоту отличные от гедонистических мотивов эпизодического приёма наркотических веществ, как попытки отстраниться от неприятной ситуации или переживаний.

Перейдём к анализу несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в юношеских группах. Обращает на себя внимание тот факт, что юноши с опытом несистематического употребления наркотических веществ, имеют значительное количество паттернов рискованно-виктимного характера, достоверно отличающих их от лиц контрольной группы. Прежде всего, это касается выраженной склонности к неоправданному риску (32,61% против 14,94% в контрольной группе), что логичным образом сочетается с наличием у них разнообразных хобби и привычек, оцениваемых ими как потенциально опасные для жизни: их отметили у себя 45,65% респондентов исследуемой группы.

And it should alert specialists about the significant risk of suicidal behavior. Unfortunately, we are well aware that the unsystematic nature of the consumption of psychoactive substances often implies that it is not included in the area of responsibility of the narcological service, and even more so – the suicidal service [14]. Let us emphasize that more than a third of suicidal attempts were one way or another associated with the state of drug and alcohol intoxication (or their combination), and were colored by negative emotional experiences, often preceding the drug use. This once again emphasizes the frequency of episodic use of narcotic substances, different from hedonistic motives, as attempts to move away from an unpleasant situation or experience.

Let's move on to the analysis of non-suicidal auto-aggressive patterns in youth groups. What draws attention is the fact that young men with the experience of unsystematic drug use have a significant number of risk-victim patterns that reliably distinguish them from the control group. First of all, this concerns a pronounced propensity to unjustified risk (32.61% versus 14.94% in the control group), which is logically combined with the presence of various hobbies and habits that they assess as potentially life-threatening: they were noted by 45.65% of the respondents of the study group.

Таблица 2 / Table 2

Представленность несуйцидальных паттернов аутоагрессивного поведения в группах юношей
Representation of non-suicidal patterns of autoaggressive behavior in groups of young men

Признак Index	ЮнНарк+ MaleDrug+ n=46		ЮнНарк- MaleDrug- n=87		χ^2	p	ОШ OR	НГДИ LBCI	ВГДИ UBCI
	n	%	n	%					
Наличие опасных хобби в анамнезе вообще Having dangerous hobbies in anamnesis	21	45,65	15	17,24	12,30	0,005	4,03	1,81	9,00
Склонность к неоправданному риску Inclination to unjustified risk	15	32,61	13	14,94	5,65	0,017	2,75	1,32	6,14
Злоупотребление алкоголем (субъективная оценка) Alcohol abuse (subjective assessment)	15	32,61	12	13,79	6,58	0,010	3,03	1,27	7,19
Злоупотребление алкоголем в последние 2 года (субъективная оценка) Alcohol abuse in the last 2 years (subjective assessment)	12	26,09	10	11,49	4,64	0,031	2,72	1,07	6,89
Курение Smoking	26	56,52	29	33,33	6,67	0,009	2,6	1,25	5,42
Способность легко нарушить нормы морали и нравственности Ability to easily break morality and ethics norms	33	71,73	41	47,13	7,39	0,006	2,8	1,32	6,14

Подобным моделям поведения в исследуемой группе часто сопутствовали серьёзные травмы, они чаще становились жертвами насильственных действий. Способность легко нарушить общепринятые принципы морали и нравственности отметили у себя 71,73% в исследуемой группе, что нередко сочеталось с криминальными формами поведения, провоцирующим и пассивно - агрессивным поведением. Зачастую подобные формы девиаций встречались именно в момент наркотического и алкогольного опьянения. Остановимся подробнее на их «отношениях» с алкоголем. Обращает на себя внимание частота встречаемости в исследуемой группе сформированного субъективного ощущения злоупотребления алкоголем, что может говорить в пользу выраженного аддиктивного полюса личности, многими авторами рассматриваемого как возможный самостоятельный путь реализации аутоагрессивных импульсов.

Эпизодические пробы наркотических веществ статистически значимо связаны с присутствующим неблагоприятным аффективным фоном, что отражено в следующей таблице 3.

Хорошо заметно значительное преобладание в изучаемой группе периодов сниженного настроения и затяжных переживаний собственной вины, являющихся важными индикаторами повышенного суицидального риска в данной возрастной категории [21], это согласуется с наиболее часто декларируемыми причинами проб наркотических препаратов, обозначенных нами во введении.

Среди респондентов, употребляющих эпизодически наркотические вещества, 45,65% отметили наличие отца, злоупотребляющего алкоголем (в контрольной группе – 27,58%), что согласуется с данными о факторах риска, представленными другими авторами [11] в отношении сформированной наркотической зависимости, как и риска суицидального поведения.

Анализируя результаты экспериментально - психологических методик, между группами юношей не было найдено статистически значимых отличий, что в существенной степени отличает их от девушек, имеющих аналогичный опыт несистематического употребления наркотических веществ, при в целом, очень сходных характеристиках в отношении паттернов суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии, предикторов саморазрушающего поведения [14].

In the study group, such patterns of behavior were often accompanied with serious trauma, and they often became victims of violent actions. The ability to easily violate the generally accepted principles of morality and ethics was noted by 71.73% in the study group, which was often combined with criminal forms of behavior, provoking and passively aggressive behavior. Often, such forms of deviation were encountered precisely at the time of drug and alcohol intoxication. Let's dwell on their "relationship" with alcohol. The frequency of reporting formed subjective feeling of alcohol abuse in the studied group draws attention, as it may speak in favor of the pronounced addictive personality pole that is considered by many authors as a possible independent way of implementing autoaggressive impulses.

Episodic drug use is statistically significantly associated with the present unfavorable affective background, which is reflected in the following table 3.

A significant predominance of periods of low mood and prolonged experiences of suffering guilt in the studied group, which are important indicators of an increased suicidal risk in this age group, is clearly noticeable [21], this is consistent with the most frequently declared reasons for drug trials, which we indicated in the introduction.

Among the respondents who occasionally use drugs, 45.65% noted the presence of a father who abuses alcohol (in the control group it is reported by 27.58%), which goes along with the data on risk factors presented by other authors [11] regarding the formed drug addiction, as well as the risk of suicidal behavior.

Таблица 3 / Table 3

Представленность аффективных предикторов аутоагрессивного поведения в группах юношей
Representation of affective predictors of autoaggressive behavior in groups of young men

Признак Index	ЮнНарк+ MaleDrug+ n=46		ЮнНарк- MaleDrug- n=87		χ^2	p	ОШ OR	НГДИ LBCI	ВГДИ UBCI
	n	%	n	%					
Склонность к долго переживаемому чувству вины Inclination to suffer from guilt	16	34,78	14	16,09	6,02	0,014	2,78	1,21	6,40
Эпизоды беспричинного снижения настроения в последние 2 года Periods of unreasonable mood decrease in the last 2 years	20	43,48	23	26,44	3,99	0,046	2,14	1,01	4,54

Выводы:

1. Несистематическое потребление наркотических веществ у юношей ассоциировано с высоким риском обнаружения у них паттернов аутоагрессивного поведения, что, вероятно, может указывать на большую вероятность его повторения в будущем.

2. Полученные данные говорят в пользу высокого индикативного значения несистематического употребления наркотических веществ, сопоставимой с таковой у лиц с сформированной зависимостью, что имеет важное теоретическое и практическое значение для наркологической и суицидологической практик.

3. Изучение связи донозологических форм потребления психоактивных веществ и аутоагрессивного поведения, является важной для построения эффективных профилактических схем в отношении затрагиваемого контингента, а также – создания эффективных скрининговых комплексов оценки риска суицидального поведения.

Analyzing the results of experimental psychological methods, no statistically significant differences were found between the groups of males, which would significantly differ them from females who have a similar experience of unsystematic drug use, with generally very similar characteristics in relation to patterns of suicidal and non-suicidal autoaggression, as well as predictors of self-destructive behavior [14].

Conclusions:

1. Non-systematic drug use in young men is associated with a high risk of discovering patterns of auto-aggressive behavior in them, which, probably, may indicate a high probability of its recurrence in the future.

2. The obtained data verifies high indicative value of the unsystematic use of narcotic substances comparable to that in persons with a formed addiction, which is of great theoretical and practical importance for narcological and suicidological practices.

3. Studying the relationship between prenosological forms of psychoactive substance consumption and auto-aggressive behavior is important for building effective preventive schemes for the affected population, as well as creating effective screening complexes for assessing the risk of suicidal behavior.

Литература / References:

- Howard M.O., Jenson J.M. Inhalant use among antisocial youth: Prevalence and correlates. *Addictive Behaviors*. 1999; 24 (1): 59–74. DOI: 10.1016/S0306-4603(98)00039-2
- Vega W.A., Zimmerman R.S., Warheit G.J., et al. Risk factors for early adolescent drug use in four ethnic and racial groups. *American Journal of Public Health*. 1993; 83 (2): 185-189. DOI:10.2105/ajph.83.2.185
- Artenie A.A., Bruneau J., Roy E., et al. Licit and illicit substance use among people who inject drugs and the association with subsequent suicidal attempt. *Addiction*. 2015; 110 (10): 1636-1643. DOI: 10.1111/add.13030
- Hoffler M., Lieb R., Perkonig A., et al. Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: A prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction*. 1999; 94 (11): 1679-94. DOI: 10.1046/j.1360-0443.1999.941116796
- Редько А. Н., Сахарова П. Б., Кобринюк Т. Я. Характер формирования и медико-социальные последствия злоупотребления психоактивными веществами. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2009; 3 (108): 2. [Redko A.N., Sacharova P.B., Kobrinuk T.Y. The character of formation and medical-social consequences of psychoactive substances abuse. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2009; 3 (108): 2.] (In Russ)
- Меринов А.В. Аутоагрессивные и клинико-психологические характеристики парасуицидальных мужчин с алкогольной зависимостью. *Наркология*. 2011; 10 (116): 72-77. [Merinov A.V. Autoagressivnye i kliniko-psihologicheskie harakteristiki parasuicidal'nyh muzhchin s alkohol'noj zavisimost'ju [Autoagressive and clinical psychological characteristics of parasuicidal men with alcohol dependence]. *Narkology*. 2011; 10 (116): 72-77.] (In Russ)
- Национальное руководство по суицидологии. Положий Б.С. Издательство: МИА. 2019. 600 с. [National guide to suicidology. Polozhiy B. S. publisher: MIA. 2019. 600 p.] (In Russ)
- Чухрова М.Г., Пронин С.В., Рыбальчук Н.В., Иванова В.Э. Психические и психосоматические последствия потребления спайсов. *Мир науки, культуры, образования*. 2015; 1 (50): 423-426. [Chuhrova M.G., Pronin S.V., Rybal'chuk N.V., Ivanova V.E. Psychological and psychosomatic effects of spice consumption. *The world of science, culture and education*. 2015; 1 (50): 423- 426.] (In Russ)
- Dragisic T. et al. Drug addiction as risk for suicide attempts. *Materia socio-medica*. 2015; 27 (3): 188. DOI: 10.5455/msm.2015.27.188-191
- Badr H.E., Francis K. Psychosocial perspective and suicidal behaviors correlated with adolescent male smoking and illicit drug use. *Asian J Psychiatr*. 2018; 37: 51-57. DOI: 10.1016/j.ajp.2018.08.004
- Ifans J. Predictive factors for illicit drug use among young people: A literature review. *Probation Journal*. 2007; 54 (3): 278-279. DOI: 10.1177/02645505070540030802
- Медведев А.С., Чухрова М.Г. Психолого-педагогические принципы профилактики и коррекции наркозависимого поведения. Минск: Ковчег, 2012. 182 с. [Medvedev A.S., Chuhrova M.G. Psychological and pedagogical principles for the prevention and treatment of drug-dependent behavior. Minsk: «Kovcheg», 2012. 182 p.] (In Russ)
- Зотов П.Б., Бохан Н.А., Хохлов М.С., Петров И.М., Скрыбин Е.Г., Зотова О.П., Петров В.Г. Суицидальные действия наркозависимых: вопросы системного выявления и учёта. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 91-104. [Zotov P.B., Bokhan N.A., Khokhlov M.S., Petrov I.M., Skryabin E.G., Zotova O.P., Petrov V.G. Suicidal actions of drug addicts: questions of system identification and accounting. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 91-104.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-91-104
- Меринов А.В., Полкова К.В., Жилова Я.Н. Суицидологическая характеристика девушек, имеющих в прошлом несистематическое употребление наркотических веществ. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 120-129. [Merinov A.V., Polkova K.V., Zhilova Y.N. Suicidological characteristics of females with non-systematic use of narcotic substances in the past. *Suicidology*. 2020; 11 (3): 120-129.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-120-129
- Лукашук А.В., Меринов А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2016; 2: 67-71. [Lukashuk A.V., Merinov A.V. Self-harm in adolescents: approaches to therapy. *Young Science (Eruditio Juvenium)*. 2016; 2: 67-71.] (In Russ)
- Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб: Экспертные решения, 2017. 192 с. [Merinov A.V. The role and place of the phenomenon of autaggression in families of patients with alcohol dependence. SPb: Ehkspertnye resheniya. 2017. 192 p.] (In Russ)
- Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. A structural theory of ego defenses and emotions. Emotions in personality and psychopathology. Springer US, 1979. P. 227-257.
- Drego P. The cultural parent. *Transactional Analysis Journal*. 1983; 13: 224-227.
- Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult. *Психологический журнал*. 1981; 2 (3): 118-123. [Zaitcev V.P.

- Mini-mult Psychological Test Variant. *Psychological journal*. 1981; 2 (3): 118-123.] (In Russ)
20. Borges G., Loera C.R. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Curr Opin Psychiatry*. 2010; 23 (3): 195-204. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283386322
21. Войцех В.Ф. Что мы знаем о суициде. Под редакцией профессора В.С. Ястребова. М., 2007. 200 с. [Voitsekh V.F. What we know about suicide. Edited by Professor V.S. Yastrebov. M., 2007. 200 p.] (In Russ)

NON-SYSTEMATIC USE OF NARCOTIC SUBSTANCES: ITS INFLUENCE ON THE SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS OF YOUNG MALES

A.V. Merinov, K.V. Polkova, O.V. Kazaeva

Ryazan State Medical University,
Ryazan, Russia; merinovalex@gmail.com

The fact of drug use is associated with adverse consequences, including auto-aggressive and suicidal behavior. Many works describe cases of parasuicides and suicides while intoxicated. The connection in such cases was assessed from the point of view of formed drug addiction. Recently, there has been brought up a need to clinically differentiate drug abuse and drug addiction. It arises a question: is it worth considering non-systematic drug use as a significant indicator for suicidologists? Aim of the study is to identify the possible influence of episodic drug use on the suicidological characteristics of young men. Materials and methods: 133 male students aged 18 to 22 were examined. The criterion for inclusion in the study group is a registered unsystematic use of drugs of various chemical groups in the anamnesis; in the control, it is respectively the fact of no use. The exclusion criterion is the signs of formed drug addiction. In 34.6% of observations (n=46), the fact of unsystematic drug use was revealed among boys. The control group consisted of 87 boys. A questionnaire was used as a diagnostic tool to identify auto-aggressive patterns and their predictors in the past and present. Mathematical data processing was performed using the SPSS-Statistics software. Results: A history of suicide attempts was more common in the group of young men with experience of non-systematic drug use (10.87% versus 2.29%). Suicidal thoughts were reported by 17.39% of the study group respondents, while in the control group the rate only reached 3.44% (the difference is more than 5 times). These data reflect the relationship between prenosological drug use and suicidal autoaggression in the group of young men. It can be assumed that even unsystematic consumption of psychoactive substances can be considered as a risk factor for suicidal behavior. Young men with experience of unsystematic drug use were more prone to unjustified risk (32.61% versus 14.94% in the control group), which is combined with their life-threatening hobbies (45.65%). 71.73% of the respondents in the study group noted their ability to easily violate the generally accepted principles of morality and ethics. Periods of low mood (43.48%) and feelings of their own guilt (34.78%) were significantly more frequent in the study group. Conclusions: The unsystematic use of narcotic substances by young men probably significantly increases the risk of auto-aggressive behavior, including suicidal behavior. The connection between prenosological forms of psychoactive substance consumption and autoaggressive behavior is important for the construction of preventive schemes in relation to the affected contingent, as well as for the creation of effective screening complexes for assessing the risk of suicidal behavior.

Keywords: suicidology, unsystematic drug use, autoaggression, suicidal behavior, autoaggressive behavior, prenosological forms of psychoactive substance use

Вклад авторов:

- A.V. Merinov: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, анализ полученных данных, статистический анализ, редактирование текста рукописи;
- K.V. Polkova: обзор и перевод публикаций по теме статьи, анализ полученных данных, статистический анализ, написание текста рукописи;
- O.V. Kazaeva: анализ полученных данных, написание текста рукописи.

Authors' contributions:

- A.V. Merinov: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, statistical analysis, article editing;
- K.V. Polkova: reviewing and translated relevant publications, analysis of the obtained data, statistical analysis, article writing;
- O.V. Kazaeva: analysis of the obtained data, article writing.

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 12.07.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 29.11.2020.

Для цитирования: Меринов А.В., Полкова К.В., Казаева О.В. Несистематическое употребление наркотических веществ: его влияние на суицидологические характеристики юношей. *Суицидология*. 2020; 11 (4): 107-114. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-107-114

For citation: Merinov A.V., Polkova K.V., Kazaeva O.V. Non-systematic use of narcotic substances: its influence on the suicidological characteristics of young males. *Suicidology*. 2020; 11 (4): 107-114. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-107-114

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция журнала «Суицидология» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, результаты научных исследований, лекции, обзорные статьи, и др., по следующим темам:

1. Общая и частная суицидология.

2. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведения и агрессии.

3. Методы профилактики и коррекции.

4. Социальные, социологические, правовые, юридические аспекты суицидального поведения.

5. Историческая суицидология.

Правила при направлении работ в редакцию:

1. Статья предоставляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экз.). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), международную систему цитирования **Web of Science** (ESCI) и **EBSCO Publishing**. Поэтому электронная версия обязательно размещается и доступна на сайте elibrary.ru и других систем. В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном и других сайтах.

3. На титульной странице указываются: название статьи, полные ФИО, звание, учёная степень, место работы (полное официальное название учреждения и его адрес) и должность авторов, номер контактного телефона, адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую. Объём статьи – до 18 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы, *вклад каждого автора* (при коллективной работе) при подготовке и написании статьи, обзора; *финансовые условия*. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается развёрнутое резюме объёмом до 400 слов, ключевые слова. В реферате даётся описание работы с выделением разделов: введение, цель, материалы и методы, результаты, выводы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе *основные цифровые показатели*.

Каждая статья должна иметь профессиональный перевод на английском языке: Название статьи, ФИО авторов и их полной контактной информации, название учреждения, город, резюме и ключевые слова, название и подписи в рисунках и графах таблиц. Приветствуется полный профессиональный перевод всей статьи на английском языке.

Для каждого автора необходимо указать:

а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX),

б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),

в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при их первом упоминании в тексте статьи (не используется в резюме). Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. *Статистика*. Данные исследований должны быть статистически обработаны на базе компьютерной программы SPSS-Statistics и описаны в тексте.

10. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные

графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11 Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

12. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с приставленным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для журнальных статей: Фамилия и Инициалы автора (-ов; не более трех). Название статьи. *Журнал*. Год; том (номер): страницы «от» и «до»;

б) для книг: Фамилия и Инициалы автора. Полное название. Город (где издана): Название издательства, год издания. Количество страниц;

в) для диссертации – Фамилия и Инициалы автора. Полное название: Дисс.... канд. (или докт.) каких наук. Место издания, год. Количество страниц.

13. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы.

Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

14. *Рецензирование*. Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих тематике журнала, с целью их экспертной оценки. *Все статьи подвергаются двойному слепому рецензированию независимыми экспертами* (срок: до двух месяцев). После получения заключения Редакция направляет авторам копии рецензий или мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается. Замечания рецензентов обязательны для исполнения при последующей доработке статьи.

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а также отклонения работы из-за несоответствия её профилю или требованиям журнала.

15. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

Статьи в редакцию направляются по электронной почте на адрес редакции: note72@yandex.ru

После принятия статьи в печать направляются письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология».